

ÄRZTLICHE KUNSTFEHLER

Ein Beitrag zur Gutachtenstätigkeit
des Instituts für Rechtsmedizin

Till Christian Spiro

1982

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der
Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Spann

ÄRZTLICHE KUNSTFEHLER
Ein Beitrag zur Gut-
achtenstätigkeit des
Instituts für Rechts-
medizin

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von
Till Christian Spiro
aus
Kassel

1982

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. W. Eisenmenger

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. W. Spann

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 11. Juni 1982



INHALTSVERZEICHNIS

1.	Vorwort	1
2.	Einleitung	2
3.	Die Geschichte der deutschen Literatur	3
4.	Die deutsche Literatur	4
5.	Die deutsche Literatur	5
6.	Die deutsche Literatur	6
7.	Die deutsche Literatur	7
8.	Die deutsche Literatur	8
9.	Die deutsche Literatur	9
10.	Die deutsche Literatur	10
11.	Die deutsche Literatur	11
12.	Die deutsche Literatur	12
13.	Die deutsche Literatur	13
14.	Die deutsche Literatur	14
15.	Die deutsche Literatur	15
16.	Die deutsche Literatur	16
17.	Die deutsche Literatur	17
18.	Die deutsche Literatur	18
19.	Die deutsche Literatur	19
20.	Die deutsche Literatur	20
21.	Die deutsche Literatur	21
22.	Die deutsche Literatur	22
23.	Die deutsche Literatur	23
24.	Die deutsche Literatur	24
25.	Die deutsche Literatur	25
26.	Die deutsche Literatur	26
27.	Die deutsche Literatur	27
28.	Die deutsche Literatur	28
29.	Die deutsche Literatur	29
30.	Die deutsche Literatur	30
31.	Die deutsche Literatur	31
32.	Die deutsche Literatur	32
33.	Die deutsche Literatur	33
34.	Die deutsche Literatur	34
35.	Die deutsche Literatur	35
36.	Die deutsche Literatur	36
37.	Die deutsche Literatur	37
38.	Die deutsche Literatur	38
39.	Die deutsche Literatur	39
40.	Die deutsche Literatur	40
41.	Die deutsche Literatur	41
42.	Die deutsche Literatur	42
43.	Die deutsche Literatur	43
44.	Die deutsche Literatur	44
45.	Die deutsche Literatur	45
46.	Die deutsche Literatur	46
47.	Die deutsche Literatur	47
48.	Die deutsche Literatur	48
49.	Die deutsche Literatur	49
50.	Die deutsche Literatur	50
51.	Die deutsche Literatur	51
52.	Die deutsche Literatur	52
53.	Die deutsche Literatur	53
54.	Die deutsche Literatur	54
55.	Die deutsche Literatur	55
56.	Die deutsche Literatur	56
57.	Die deutsche Literatur	57
58.	Die deutsche Literatur	58
59.	Die deutsche Literatur	59
60.	Die deutsche Literatur	60
61.	Die deutsche Literatur	61
62.	Die deutsche Literatur	62
63.	Die deutsche Literatur	63
64.	Die deutsche Literatur	64
65.	Die deutsche Literatur	65
66.	Die deutsche Literatur	66
67.	Die deutsche Literatur	67
68.	Die deutsche Literatur	68
69.	Die deutsche Literatur	69
70.	Die deutsche Literatur	70
71.	Die deutsche Literatur	71
72.	Die deutsche Literatur	72
73.	Die deutsche Literatur	73
74.	Die deutsche Literatur	74
75.	Die deutsche Literatur	75
76.	Die deutsche Literatur	76
77.	Die deutsche Literatur	77
78.	Die deutsche Literatur	78
79.	Die deutsche Literatur	79
80.	Die deutsche Literatur	80
81.	Die deutsche Literatur	81
82.	Die deutsche Literatur	82
83.	Die deutsche Literatur	83
84.	Die deutsche Literatur	84
85.	Die deutsche Literatur	85
86.	Die deutsche Literatur	86
87.	Die deutsche Literatur	87
88.	Die deutsche Literatur	88
89.	Die deutsche Literatur	89
90.	Die deutsche Literatur	90
91.	Die deutsche Literatur	91
92.	Die deutsche Literatur	92
93.	Die deutsche Literatur	93
94.	Die deutsche Literatur	94
95.	Die deutsche Literatur	95
96.	Die deutsche Literatur	96
97.	Die deutsche Literatur	97
98.	Die deutsche Literatur	98
99.	Die deutsche Literatur	99
100.	Die deutsche Literatur	100

Meiner lieben Eva

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
1. Einleitung	5
2. Rechtliche Merkmale des strafbaren Heileingriffs	8
2.1. Die 'Handlung'	8
2.2. Kausalität und Äquivalenztheorie	10
2.3. Die Tatbestandsmäßigkeit	10
2.4. Die Rechtswidrigkeit	11
2.5. Die Schuld	11
3. Ärztliche Delikte	13
3.1. Tatbestandsmäßigkeit der fahrlässigen Tötung und Körperverletzung	13
3.2. Zur Kausalität, insbesondere bei Fahrlässigkeitsdelikten	15
3.3. Rechtswidrigkeit und Rechtfertigungsgründe	17
3.4. Zur Schuld	19
4. Kriminologische Aspekte des Kunstfehlerproblems	21
4.1. Die Theorie des 'labeling approach'	21
4.2. Die Kunstfehlerproblematik im Licht des 'labeling approach'	22
5. Gegenstand und Material der Untersuchung	24
6. Methode	25
7. Statistische Auswertung	27
7.1. Entwicklung der Gutachtenstätigkeit von 1976 bis 1978	27
7.2. Beschuldigte Ärzte in Absolutzahlen	27
7.3. Beschuldigte Ärzte nach Schuldvorwürfen und Beurteilung ihres Handelns gemäß den Gutachten des Instituts	30
7.4. Prozentuale Verteilung von fahrlässiger Körperverletzung und fahrlässiger Tötung	34
7.5. Beurteilung des inkriminierten Verhaltens der beschuldigten Ärzte laut Gutachten des Instituts in Prozentanteilen	34

	<u>Seite</u>
7.6. Zahl aller Ärzte im Einzugsbereich des Instituts für Rechtsmedizin	35
7.7. Relative Häufigkeit der Kunstfehlergutachten	35
7.8. Relative Häufigkeit bestimmter Beurteilungen in den Kunstfehlergutachten	36
7.9. Fallgruppen	38
7.10. Nichtärztliche Heilberufe	40
7.11. Betroffene Krankenhäuser in absoluten Zahlen	41
7.12. Prozentuale Verteilung der Schuldvorwürfe wegen Zwischenfällen in Krankenhäusern	41
7.13. Beurteilungen der inkriminierten Vorfälle in Krankenhäusern laut Gutachten des Instituts in Absolut- und Prozentzahlen	42
7.14. Krankenhäuser nach betroffenen Abteilungen	42
7.15. Zahl aller Krankenhäuser sowie ihrer Betten im Einzugsbereich des Instituts für Rechtsmedizin	44
7.16. Relative Häufigkeit der Kunstfehlergutachten	45
7.17. Relative Häufigkeit bestimmter Beurteilungen in den Kunstfehlergutachten	45
8. Diskussion	46
8.1. Zur Entwicklung der Klagehäufigkeit	46
8.2. Die betroffenen Ärzte	48
8.3. Typische Fallkonstellationen	51
8.4. Klagen gegen Angehörige nichtärztlicher Heil- und Pflegeberufe	52
8.5. Die betroffenen Krankenhäuser	52
9. Zusammenfassung	55
10. Literaturverzeichnis	59
11. Danksagung	61
12. Lebenslauf	62

1. EINLEITUNG

Das Problem des sog. ärztlichen Kunstfehlers findet - wiewohl in ärztlichen Kreisen durchaus Gegenstand heftiger Diskussionen - in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur nur einen vergleichsweise geringen Niederschlag¹⁾. Dies ist umso erstaunlicher, als die juristische Literatur zu diesem Thema in letzter Zeit einen Umfang angenommen hat, der kaum noch zu überschauen ist. Der Grund für die ungleichwertige Behandlung, die der Kunstfehler in der jeweiligen Literatur erfährt, liegt vielleicht in der juristisch-medizinischen Dualität der Problematik: Die juristisch-dogmatische Denkweise ist dem Mediziner oft nur schwer nachvollziehbar; dadurch wird u.U. die Bereitschaft zur gedanklichen Auseinandersetzung mit einem Problem gehemmt, das nur zu leicht in emotionale Bahnen abgelenkt. Die Rechtswissenschaft hingegen ist infolge der wachsenden Anzeigebereitschaft von Patienten gezwungen, sich zunehmend mit Heileingriffen und deren Folgen zu befassen; gewohnt, vielfältigste Probleme menschlichen Denkens und Handelns geistig zu durchdringen und dogmatisch zu ordnen, neigt sie manchmal dazu, auch die sich aus ärztlichem Handeln ergebenden rechtlichen Fragen rein formaljuristisch zu betrachten und so viele Besonderheiten gerade dieses Bereichs menschlicher Tätigkeit nicht hinreichend zu würdigen.

1) Vgl. z.B. die mageren Literaturangaben zum Stichwort 'Malpractice' im 'Index Medicus'.

Beschäftigt hat das Problem des ärztlichen Kunstfehlers Juristen und Mediziner seit der Antike¹⁾. Ins Bewußtsein einer breiteren Öffentlichkeit dringt das Thema, seit es infolge spektakulärer Prozesse zunehmende publizistische Popularität gewonnen hat. Besonders eindrucksvoll erscheinen hier zivilrechtliche Schadensersatzforderungen gegen Ärzte in den USA, denen oft von den Gerichten entsprochen wird²⁾. Wenngleich sich die amerikanische Rechtssituation nicht mit der unseren vergleichen läßt, indiziert doch der Anstieg der Beitragsprämien zur Arzthaftpflichtversicherung eine tendenziell ähnliche Entwicklung³⁾.

Aus diesen kurzen Ausführungen ergibt sich meines Erachtens die Notwendigkeit für Mediziner und Juristen, sich um ein stärkeres Verständnis der fachspezifischen Problematik der anderen Disziplin zu bemühen, um so vielleicht zu einer gemeinsamen, ganzheitlichen Betrachtung der medizinisch-juristischen Problematik des ärztlichen Kunstfehlers zu gelangen. Die Rechtsmedizin als fachübergreifende Wissenschaft hat sich von jeher mit diesem Fragenkreis beschäftigt⁴⁾. Deshalb kann sie vielleicht auch im eben genannten Sinn interdisziplinär integrierend wirken und dem Mediziner die juristische, dem Juristen die medizinische Problematik nahebringen.

1) Vgl. i.e. M.-H. Müller, S. 2ff

2) Zur Situation in den USA s. Brandis/Pribilla S. 10f

3) Vgl. hierzu Laufs, S. 123f mit weiteren Nachweisen

4) Vgl. das Literaturverzeichnis

Der vorliegenden Arbeit wurden die Gutachten des rechtsmedizinischen Instituts der Universität München zugrunde gelegt. Dabei handelte es sich - von zwei Ausnahmen abgesehen - um Gutachten, die anlässlich strafrechtlicher Verfahren erstellt wurden. Aus diesem Grund soll auch im Folgenden hauptsächlich auf strafrechtliche Fragestellungen eingegangen werden: Einer Schilderung der rechtlichen Strafbarkeitsvoraussetzungen eines fehlgeschlagenen Heileingriffs folgt die Darstellung und Aufschlüsselung der Gutachten aus den Jahren 1976 bis 1978. Die anschließende kritische Würdigung wird einige kriminologische Aspekte beeinhalteln, die sich aus den ersten Teilen der Arbeit ergeben.

2. Rechtliche Merkmale des strafbaren Heileingriffs

Nach juristischer Definition ist die Straftat eine tatbestandsmäßige, rechtswidrige und schuldhaftige Handlung. Bevor ein Richter wegen eines ärztlichen Kunstfehlers bestraft, hat er - wie bei jedem anderen Delikt - die Voraussetzungen der Strafbarkeit zu prüfen, d. h. er muß feststellen, ob die eben angeführten Merkmale einer Straftat durch ein bestimmtes ärztliches Handeln erfüllt wurden. Im folgenden sollen die abstrakten Begriffe erläutert und die Schwierigkeiten, die bei der Subsumierung medizinischer Sachverhalte unter Paragraphen des Strafgesetzbuches auftreten, dargestellt werden.

2.1. 'Handlung' im strafrechtlichen Sinn ist ein "vom steuernden (finalen), auf einen bestimmten Erfolg gerichteten Willen des Täters beherrschtes, sozialerhebliches Verhalten"¹⁾, wobei 'Verhalten' in aktivem Tun oder dem Unterlassen aktiven Tuns bestehen kann; der Handlungsbegriff des Strafgesetzbuches ist also kein naturwissenschaftlicher. Wichtig ist dabei, daß ein Unterlassen nicht nur in den gesetzlich genannten Fällen strafbar sein kann (wie z.B. bei der unterlassenen Hilfeleistung, § 330c StGB). Auch Delikte, die erst durch einen Erfolg definiert werden, können unter bestimmten Voraussetzungen durch ein Unterlassen verwirklicht werden (so z.B. das Erfolgsdelikt 'Tötung' dadurch, daß der Arzt dem verletzten Patienten keine Tetanus-Prophylaxe angedeihen läßt).

1) Maurach/Zipf, AT, § 14 II

Die erwähnten Voraussetzungen, nach denen auch durch ein Unterlassen die gesetzlichen Tatbestände der Erfolgsdelikte erfüllt werden, sind in § 13 StGB normiert: Danach ist nur der bei unterlassener Abwehr eines straftatbestandlichen Erfolges strafbar, der "rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt" (sog. Garantenpflicht), "und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht" (sog. Entsprechensklausel).

Für den Arzt ergibt sich die Garantenpflicht einmal aus dem Behandlungsvertrag, ohne Vertrag aber auch schon aus der rein tatsächlichen Gewährsübernahme wie z.B. beim Bereitschaftsarzt gegenüber dem Kranken¹⁾.

Die Entsprechensklausel spielt bei den hier allein interessierenden Delikten der Tötung und Körperverletzung keine Rolle: Mit ihr werden besondere Momente angesprochen, die "einer Tat ihr spezifisches Gepräge geben. Sie gewinnt daher Bedeutung bei den sog. verhaltensgebundenen Delikten, d.h. bei Straftatbeständen, die besondere Handlungsweisen voraussetzen, etwa Heimtücke, Zwang etc."²⁾. Bei reinen Erfolgsdelikten entfällt eine besondere Gleichwertigkeitsprüfung, da bereits die bloße Nichtabwendung des Schadens einem positiven Tun entspricht³⁾.

Handlung ist also jedes aktive Tun des Arztes oder ein unterlassenes Tun, soweit er hierzu verpflichtet gewesen wäre.

1) Vgl. Dreher, § 13, Rdnr. 8f; Schönke-Schröder, § 13, Rdnr. 10ff

2) Schönke-Schröder, § 13, Rdnr. 4

3) Vgl. Dreher, § 13, Rdnr. 17; Schönke-Schröder aaO.

2.2. Die Handlung muß beim Erfolgsdelikt in einem Ursachenzusammenhang zum Erfolg stehen. Die Anforderungen, die an dieses Kausalitätserfordernis - welches Tatumstand i.S. des § 16 StGB und somit Tatbestandsmerkmal ist - zu stellen sind, damit Handlung und Erfolg in strafrechtlich relevanter Weise miteinander verknüpft sind, richten sich nach der herrschenden Äquivalenztheorie: Hiernach ist jede Handlung kausal, die nicht hinweg gedacht werden kann, ohne daß der konkrete Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Analoges gilt für die Unterlassung. Alle Bedingungen gelten als gleichwertig.

Nur beim fahrlässigen Delikt leugnet die Rechtsprechung die Kausalität, wenn der Erfolg mit Sicherheit auch bei objektiv pflichtgemäßem Handeln eingetreten wäre¹⁾. Auf diese für Kunstfehlerprozesse wichtige Einschränkung wird weiter unten einzugehen sein.

2.3. Eine Handlung ist nur dann strafbar, wenn sie einen Tatbestand erfüllt. Die einzelnen Tatbestände finden sich im besonderen Teil des Strafgesetzbuches, und zwar im jeweils ersten Abschnitt der einzelnen Paragraphen, deren zweiter von den möglichen Rechtsfolgen gebildet wird. Er ist die abstrakte Formulierung strafrechtlich relevanter Verhaltensweisen, gewissermaßen 'typisiertes Unrecht'. Der Tatbestand hat mehrere Funktionen: Er dient dazu, konkretes Tun strafrechtlich einzuordnen. Im sog. Subsumptionsverfahren wird das zur Frage stehende reale Handeln mit den abstrakten Tatbeständen verglichen und eine mögliche Kongruenz festgestellt. Weiters gewährleisten die

1) BGHSt 11, 1ff

Tatbestände die Einhaltung des Erfordernisses von Art. 103 II GG, § 1 StGB, wonach eine Tat nur bestraft werden kann, wenn die Strafbarkeit gesetzlich bestimmt war, bevor die Tat begangen wurde (sog. Garantiefunktion des Strafgesetzes). Schließlich indiziert der Tatbestand die Rechtswidrigkeit einer Handlung, d.h. wer in der im Tatbestand geschilderten Weise handelt, handelt idR rechtswidrig.

2.4. Strafbar ist stets nur eine rechtswidrige, tatbestandsmäßige Handlung. Wie eben schon ausgeführt wurde, ist allein das Vorliegen einer tatbestandsmäßigen Handlung bereits ein Indiz für deren Rechtswidrigkeit, so daß bei der Feststellung der Rechtswidrigkeit nur negativ zu prüfen ist, ob das Indiz durch Rechtfertigungsgründe entkräftet wird. Als solche kommen in Betracht die Einwilligung desjenigen, in dessen geschützte Rechtsgüter eingegriffen werden soll (z.B. Einwilligung des Patienten in die Operation), Notwehr und Nothilfe (§ 32 StGB), bestimmte Fälle des Notstandes (§ 34 StGB). Ist ein solcher Grund gegeben, entfällt also die Rechtswidrigkeit der tatbestandsmäßigen Handlung.

2.5. Die Bestrafung tatbestandlich-rechtswidrigen Handelns setzt Schuld voraus. Dieser Schuldgrundsatz hat Verfassungsrang¹⁾. Dem Täter muß die Handlung als willensgetragenes Tun zugerechnet werden können. Schuld stellt den Vorwurf dar, der dem Täter "wegen seiner pflichtwidrigen Motivation gemacht wird"²⁾.

1) vgl. Schönke-Schröder § 13, Rdnr. 103

2) Maurach-Zipf § 30 I 2

Dem Täter wird vorgehalten, "daß er sich für das Unrecht entschieden hat, obwohl er sich rechtmäßig verhalten, sich für das Recht hätte entscheiden können"¹⁾.

Merkmale der Schuld sind:

- a) die Schuldfähigkeit des Täters, d.h. er muß eine "normale Geistesverfassung besitzen"²⁾;
- b) ihm muß rechtmäßiges Verhalten zumutbar sein, was nicht der Fall ist, wenn das Gesetz Schuld-ausschluß wegen fehlender Zumutbarkeit vorsieht (§§ 33, 35 StGB);
- c) dem Täter muß der Unrechtsgehalt seines Handelns bewußt sein;
- d) er muß die zum gesetzlichen Tatbestand gehörenden Merkmale vorsätzlich - d.h. mit Wissen und Wollen - verwirklichen; dieser Vorsatz ist die häufigere Schuldform, neben der in bestimmten, gesetzlich ausdrücklich genannten Fällen (vgl. § 15 StGB) auch die fahrlässige Begehung einer Straftat möglich ist. Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten verpflichtet und imstande ist, außer acht läßt und infolgedessen entweder den Erfolg, den er bei Anwendung der pflichtgemäßen Sorgfalt vorhersehen könnte, nicht vorhersieht - unbewußte Fahrlässigkeit -, oder den Eintritt des Erfolges zwar für möglich hält, aber darauf vertraut, er werde nicht eintreten - bewußte Fahrlässigkeit. Fahrlässigkeit bedeutet also pflichtwidrige Erfolgsverursachung bei individueller Vorherseh- und Vermeidbarkeit. Die beiden hier interessierenden Delikte - Tötung und Körperverletzung - sind auch bei fahrlässiger Begehung strafbar (§§ 222, 230 StGB).

1) BGHSt 2, 220

2) Blei, § 49 I

3. Ärztliche Delikte

Die Problematik der rechtlichen Bewertung ärztlichen Handelns wird am klarsten, wenn man dieses unter Beachtung der juristischen Dogmatik den eben erarbeiteten Merkmalen einer Straftat subsumiert.

3.1. Stirbt ein Patient infolge (oder trotz) ärztlicher Behandlung, erscheint die Erfüllung des Tatbestandes der fahrlässigen Tötung unproblematisch.

Schwieriger gestaltet sich die Frage der Tatbestandsmäßigkeit bei der Körperverletzung. Nach noch herrschender Rechtsprechung erfüllt jeder ärztliche Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung¹⁾. Dies gilt nicht nur für massive Eingriffe wie z.B. Bauchoperationen oder Amputationen, sondern auch für Bagatell-eingriffe wie z.B. Injektionen, und zwar unabhängig davon, ob der Eingriff Erfolg hat oder nicht. Diese "befremdlich erscheinende Rechtsansicht" (Bockelmann) erklärt sich aus der gedanklichen Zerlegung des Heileingriffs in die ihn konstituierenden Einzelakte und abstrakten Bewertung derselben. So gesehen ist die Eröffnung der Bauchhöhle, das Absetzen eines Beins natürlich eine 'körperliche Mißhandlung', die nach einer Operation auftretenden Schmerzen eine 'Gesundheitsschädigung'. Folge dieser Betrachtungsweise ist dann aber, daß zum einen jeder derartige Eingriff eine vorsätzliche Körperverletzung darstellt, zum anderen, daß durch ärztliche Behandlungen auch qualifizierte Tatbestände erfüllt würden, wie z.B. die gefährliche

1) RGSt 25, 375; BGHSt 11, 111; 16, 309.

Körperverletzung (223a StGB) und schwere Körperverletzung (§224 StGB)¹⁾.

Diese Konsequenzen der 'atomisierenden' Betrachtungsweise ärztlicher Handlungen ließen sich vermeiden bei einer mehr ganzheitlichen Sicht des Heileingriffs. "Der rechtlichen Beurteilung des Heileingriffs sind nicht die einzelnen Teilakte zugrunde zu legen, aus denen er besteht, sondern der Gesamttakt, einschließlich des sich am Ende ergebenden Resultats"²⁾. Zu fragen ist also nicht, ob der Patient durch den Eingriff vorübergehend in seinem Wohlbefinden beeinträchtigt wird, sondern ob er in einen körperlichen Zustand versetzt wird, der im Vergleich zum unbehandelten der gesündere ist.

Aus dieser Ansicht folgt allerdings, daß jeder gelungene Heileingriff nicht tatbestandsmäßig ist, ungeachtet der Einwilligung des Patienten³⁾. Diese Ansicht kann aber nicht richtig sein. Die grundgesetzlich garantierten Persönlichkeitsrechte verbieten es, den Menschen zum reinen Objekt medizinischer Fähig- und Möglichkeiten zu machen. Deshalb ist jede Verletzung der körperlichen Integrität eines Patienten, die gegen dessen Willen geschieht, rechtswidrig; insoweit "steht dem Arzt kein allgemeines Heilrecht als Berufsrecht zu"⁴⁾.

Die Rechtsprechung ist hinsichtlich dieser Problematik widersprüchlich: Einmal zieht sie

1) vgl. Bockelmann, S. 52

2) aaO., S. 66

3) So z.B. Isele, S. 12; Bockelmann, S. 67ff. Auch die weitere Konsequenz, daß dann jede Körperverletzung, die zufällig dem körperlichen Wohl dient, nicht strafbar wäre, wird aaO.S.81 in Kauf genommen.

4) Spann, S. 121

die geschilderten Konsequenzen und verurteilt einen Arzt, der seinen Patienten bei einer nicht dringend indizierten Operation nicht vollständig aufgeklärt hatte, wegen vorsätzlicher Körperverletzung mit Todesfolge¹⁾. In anderen Fällen verurteilt sie nur wegen fahrlässiger Deliktsbegehung²⁾.

In der Literatur wird bei der Behandlung des ärztlichen Kunstfehlers zumeist gleich auf die Fahrlässigkeitsdelikte abgehoben, ohne die Problematik der vorsätzlichen Tatbestands-Verwirklichung zu erörtern³⁾. Darüber wird bei der Frage der Schuldprüfung noch zu sprechen sein.

3.2. Sieht man bei jedem ärztlichen Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung als erfüllt an, ist die Kausalität im Sinne der Äquivalenztheorie - so wie auch beim Tod des Patienten - in jedem Fall zu bejahen. Betrachtet man nur die fehlerhafte, mißglückte Behandlung als Körperverletzung, kann die Kausalität auf Grund der Einschränkung, welche die Bedingungstheorie bei Fahrlässigkeitsdelikten durch die Rechtsprechung erfahren hat, fraglich sein. Der BGH führt hierzu aus: "Für eine das menschliche Verhalten wertende Betrachtungsweise ist vielmehr wesentlich, ob die Bedingung nach rechtlichen Bewertungsmaßstäben für den Erfolg bedeutsam war. Dafür ist entscheidend, wie das Geschehen abgelaufen wäre, wenn der Täter sich rechtlich einwandfrei verhalten hätte. Wäre auch dann der gleiche Erfolg eingetreten oder läßt sich das nach der Überzeugung des Tatrichters nicht ausschließen, so ist die vom Angeklagten

1) BGHSt 12, 379ff

2) vgl. BGHSt 6, 282

3) vgl. die Mehrzahl der im Anhang genannten Literaturstellen.

gesetzte Bedingung für die Würdigung des Erfolges ohne strafrechtliche Bedeutung. In diesem Fall darf der ursächliche Zusammenhang zwischen Handlung und Erfolg nicht bejahrt werden"¹⁾. Daraus folgt, daß schon beim Tatbestand und nicht erst bei der Schuld geprüft werden muß, ob der konkrete Erfolg auch bei rechtlich einwandfreiem Verhalten des Arztes eingetreten wäre, da bejahendenfalls die fahrlässige Körperverletzung schon tatbestandsmäßig nicht vorliegt.

Nach welchen Kriterien diese Prüfung zu erfolgen hat, ist ein Hauptproblem des hier behandelten Fragenkreises. Aus dem bloßen Mißerfolg einer Behandlung kann kein Rückschluß auf ein pflichtwidriges Verhalten des Arztes gezogen werden; dies liegt "in der Eigentümlichkeit ärztlichen Handelns"²⁾. Schon das Reichsgericht erkannte an, daß der Arzt "nicht mit der Sicherheit einer Maschine" arbeitet³⁾. Als Maßstab für die positive Feststellung ärztlichen Fehlverhaltens dienen herkömmlicherweise die Regeln ärztlicher Kunst, deren Nichtbeachtung einen Kunstfehler indiziert⁴⁾. Eine Definition dieser Regeln ist allerdings schwierig. Da das objektiv richtige ärztliche Handeln hier nicht im Sinne der theoretisch überhaupt nur denkbaren optimalen medizinischen Versorgung verstanden werden darf, sondern nur als zum Behandlungszeitpunkt konkret mögliche, muß man

1) BGHSt 11, 7

2) Laufs, S. 1252

3) RGZ 78, 432

4) verschiedentlich wird für die Ersetzung des Begriffs 'Kunstfehler' durch 'Fahrlässigkeit' plädiert, s. Spann, S. 110; Mueller, S. 230. Ich halte den Kunstfehlerbegriff bei obigem Prüfungsvorgang für praktikabel und beibehaltenswert - ähnl. Pribilla, S. 72ff, Schwalm, S. 544ff.

vom Grundsatz der "Relativität der Heilkunstgemäßheit"¹⁾ sprechen. Es kann auch nicht einseitig auf das zur Zeit gesicherte schulmedizinische Wissen abgehoben werden, da dieses "grundsätzlich keine Vorzugsstellung vor den von der Wissenschaft abgelehnten Heilverfahren ärztlicher Außenseiter oder nicht ärztlicher Heilbehandler" hat²⁾. Andernfalls würde die 'Kanonisierung' (Bockelmann) eines bestimmten Standes ärztlichen Wissens den Stillstand der medizinischen Wissenschaft bedeuten. Allerdings müssen abweichende Methoden aber plausibel sein und sich an gesicherten Erkenntnissen der Medizin messen lassen, und so kann "das Unterlassen einer Nachprüfung oder das leichtfertige Beiseiteschieben der Erkenntnisse im Einzelfall eine Verletzung der ... objektiven generellen Sorgfaltspflicht eines gewissenhaften Arztes in der konkreten Lage des für die betreffende medizinische Behandlung in Betracht kommenden Arztes und damit einen Kunstfehler darstellen"³⁾. Zeigt also die Prüfung, daß der eingetretene negative Erfolg auch bei sorgfältiger Behandlung nicht zu vermeiden gewesen wäre, so scheidet eine fahrlässige Körperverletzung schon tatbestandsmäßig aus. Dies gilt natürlich erst recht, wenn der Eingriff selbst den Regeln ärztlicher Kunst entsprach.

2.3. Wie unter 2.4. bereits ausgeführt wurde, indiziert die Tatbestandsmäßigkeit einer Handlung deren Rechtswidrigkeit, wenn nicht Gründe hinzutreten, die sie rechtfertigen. Der wichtigste

1) Schwalm, S. 544

2) RGSt 67, 12

3) Schwalm, S. 548. S. auch dessen Kunstfehlerdefinition S. 549.

derartige Grund ist im Falle des Heileingriffs die Einwilligung des Patienten. Voraussetzungen für die rechtfertigende Wirkung der Einwilligung sind:

- a) die Einwilligung muß rechtlich zulässig sein¹⁾;
- b) sie muß vom Rechtsgutinhaver oder einem zur Disposition über das Rechtsgut befugten Vertreter vor der Tat erteilt worden sein und zur Tatzeit noch bestehen²⁾;
- c) sie muß wirksam sein. Dies setzt voraus, daß sie erkennbar geäußert wurde, Einwilligungsfähigkeit vorliegt³⁾, und sie ernstlich und frei von Willensmängeln ist. Unwirksam ist eine durch Irrtum, Täuschung und Drohung beeinflusste Einwilligung;
- d) der Eingriff darf nicht gegen die guten Sitten verstoßen, § 226a StGB;
- e) schließlich muß - als subjektives Rechtfertigungselement - der Arzt in Kenntnis der Einwilligung gehandelt haben⁴⁾.

De facto wichtigstes Problem dieser Voraussetzungen ist die Wirksamkeit: Um mit rechtfertigender Wirkung einwilligen zu können, muß der Patient vor einer Behandlung über Art und Folgen derselben vom Arzt aufgeklärt worden sein, "die Einwilligung des Patienten muß von einer klaren Einsicht in die Situation getragen sein"⁵⁾. Welche Anforderungen im einzelnen Fall an die Aufklärungspflicht zu stellen sind, ist abstrakt schwer festzulegen. Der Umfang "wird vom Arzt nach bestem Wissen und

1) Der Patient kann also z.B. nicht in seine eigene Tötung einwilligen, § 216 StGB.

2) BGHSt 17, 359

3) Fähigkeit, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und der Einwilligung zu erkennen, BGHSt 4, 90

4) herrschende Meinung, vgl. BGHSt 12, 379ff

5) Spann, S. 127

Gewissen eher zu weit als zu eng zu bestimmen sein"¹⁾. Bezüglich der Risiken eines Eingriffs gilt, daß der Patient über das rein technische Vorgehen informiert werden muß sowie über Komplikationen, die sich hieraus ergeben können; dabei kann der Bildungsstand des jeweiligen Patienten berücksichtigt werden²⁾. Lediglich "Gefährdungen und Schädigungen, die den Charakter schlechthin unbeherrschbarer Zufälligkeiten haben, oder denen der Arzt umgekehrt erfahrungsgemäß mit den Mitteln der ärztlichen Kunst sicher begegnen kann", müssen nicht dargestellt werden³⁾. Nach richtiger Ansicht muß dagegen der Arzt hinsichtlich der Diagnose bei infauster Prognose die Möglichkeit der 'barmherzigen Lüge' haben, wenn er nach reiflicher Überlegung glaubt, durch rückhaltlose Aufklärung den Patienten ernsthaft zu schädigen⁴⁾. Gedeckt ist durch die Einwilligung nur der kunstgerechte Eingriff, dieser aber auch im Falle seines Mißlingens.

3.4. Die Schuldprüfung erscheint im Falle des Todes eines Patienten unproblematisch: Da der Arzt den Tod nicht gewollt hat, kommt bei Vorliegen eines Kunstfehlers allenfalls das Delikt der fahrlässigen Tötung in Betracht. Schwieriger stellt sich die Frage hinsichtlich der Körperverletzung: Geht man davon aus, daß jeder ärztliche Eingriff deren Tatbestand erfüllt, wird diese auch vorsätzlich begangen, da der Arzt seine Eingriffe wissent- und willentlich vornimmt; nimmt der Arzt allerdings irrig einen

1) Prokop, S. 688

2) Urteil des BGH vom 23.10.79, AZ:VI ZR 197/198

3) Bockelmann, S. 59

4) aaO, S. 62; Spann, S. 135f

anerkannten Rechtfertigungsgrund an (z.B. Einwilligung), scheidet eine vorsätzliche Tatbegehung aus und es kommt nur das fahrlässige Delikt in Frage¹⁾.

Wie oben unter 3.2. ausgeführt, muß bei Fahrlässigkeitsdelikten bereits im Rahmen der Prüfung der Tatbestandsmäßigkeit die Kausalität zwischen ärztlicher Handlung und negativem Erfolg festgestellt werden. Wird diese von den Sachverständigen - die das Gericht nach § 244 II StPO in der Regel zuzuziehen hat - bejaht, so ist im Rahmen der Schuldprüfung das subjektive Element des Fahrlässigkeitsvorwurfs festzustellen²⁾. Der Arzt muß die Sorgfalt, zu der er nach den Umständen und seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten verpflichtet und imstande war, außer acht gelassen haben³⁾.

Dieser Vorwurf wird "nur ausnahmsweise zu verneinen sein"⁴⁾. Wird allerdings festgestellt, daß der Arzt nicht in der Lage war, die erforderliche Behandlung sorgfältiger vorzunehmen, kann ihm unter Umständen ein Schuldvorwurf aus der Übernahme eines Falles gemacht werden, der offensichtlich seine Möglichkeiten überforderte⁵⁾.

1) BGHSt 2, 236; 3, 12.

2) vgl. Schwalm, S. 545f

3) vgl. RGSt 56, 349

4) Bockelmann, S. 90

5) aaO, S. 90f; Brandis, S. 13f.

4. Kriminologische Aspekte des Kunstfehlerproblems

Die eben dargestellte, noch herrschende Meinung, daß jeder ärztliche Eingriff tatbestandsmäßig eine Körperverletzung darstellt, die nur durch eine nach umfassender Aufklärung erfolgte Einwilligung gerechtfertigt ist, hat kriminologische Konsequenzen, die im folgenden geschildert und in deren Licht die statistischen Ergebnisse dieser Arbeit betrachtet werden sollen.

4.1. Die Kriminologie als Lehre vom Verbrechen und dessen Ursachen hat in ihrer Geschichte verschiedene Ansätze zur Erklärung kriminellen Fehlverhaltens entwickelt. Zunächst mehr biologisch-anthropologisch ausgerichtet, später der Psychologie größeren Stellenwert einräumend, fühlt sie sich in jüngster Zeit zunehmend soziologischen Forschungsansätzen verpflichtet. Ein solcher ist der sog. 'labeling approach' ('Stigmatisierungsansatz'), der meines Ermessens einerseits zur Deutung der Entwicklung auf dem Gebiet der Kunstfehlerprozesse beitragen kann, andererseits durch eben diese Entwicklung selbst eine gewisse Bestätigung erfährt.

Der Ansatz der labeling-Theorie wird am besten an einer immer wieder zitierten Ausführung von H.S. Becker klar: "Social groups create deviance by making the rules whose infraction constitutes deviance, and by applying those rules to particular people and labeling them as outsiders. From this point of view, deviance is not a quality of the act the person commits, but rather a consequence of the application by others of rules and sanctions to an 'offender'. The deviant is one to whom that label has successfully been applied; deviant behavior is behavior

that people so label" ¹⁾).

Der labeling-Ansatz geht also davon aus, daß 'kriminelle Handlungen' nicht als solche in der Realität vorgegeben sind, sondern bestimmte Verhaltensweisen die Eigenschaft 'kriminell' erst zugeschrieben bekommen. Das Merkmal 'kriminell' kann nicht durch eine deskriptive Operation ermittelt, sondern muß durch einen askriptiven Prozeß begründet werden ²⁾. Deshalb ist "abweichendes Verhalten nicht Stigma von Personen, sondern von gesellschaftlichen Prozessen, denen der Abweicher unterliegt" ³⁾.

Konsequenterweise wird im Rahmen dieser kriminologischen Theorie nicht untersucht, was Menschen dazu veranlaßt, Strafnormen zu übertreten - die Ubiquität kriminellen Verhaltens wird vorausgesetzt; wichtig erscheint vielmehr das Handeln der Träger sozialer Kontrolle, wie des Gesetzgebers, der Polizei, der Staatsanwaltschaft und der Gerichte, die im Rahmen ihrer jeweiligen Tätigkeit selektionierend vorgehen ⁴⁾.

4.2. Schon die unterschiedlichen dogmatischen Standpunkte zur Beurteilung ärztlichen Handelns aus strafrechtlicher Sicht (s.o.3.) bestätigen, daß die Qualifizierung eines Eingriffs als strafbar zunächst weniger eine Frage des diesem Eingriff innewohnenden Charakters als vielmehr eine Funktion juristischer Definitionen ist. Infolge der noch herrschenden juristischen Einordnung ärztlichen Handelns muß aber bei der

1) Zitiert nach Opp, S. 184

2) Vgl. Sacks Ausführungen zu der Arbeit Harts 'The Ascription of Responsibility and Rights' in Sack 1968, S. 466ff

3) Hassemer, S. 145

4) Vgl. Arbeiten von Fritz Sack, Johannes Feest und Erhard Blankenburg u.a.

Ursachenforschung krimineller Stigmatisierung im Sinne der labeling-Theorie noch vor der institutionalisierten Strafverfolgung angesetzt werden, und zwar beim anzeigenden Patienten: Dieser hat die Möglichkeit, durch sein Anzeigeverhalten die Kriminalstatistik in ungeahnter Weise zu beeinflussen: Bei einem Behandlungsausgang, der nicht seinen Vorstellungen entspricht, kann er den ärztlichen Eingriff staatsanwaltschaftlicher - unter Umständen sogar strafrichterlicher - Überprüfung zuführen und hat mit dem Argument, nicht umfassend aufgeklärt worden zu sein, ein einfaches Instrument, die Klage zunächst einmal begründet erscheinen zu lassen. Das Stigma vermeintlich strafbaren Handelns wird für den Arzt zuerst durch die "Reaktion des anderen zur Realität, es ist eine Einstufung, keine Eigenschaft"¹⁾.

Die Entwicklung der Kunstfehlerprozesse in den letzten Jahren muß auch unter dem Blickwinkel dieser kriminologischen Theorie gesehen werden; einige sich dabei ergebende Schlußfolgerungen sollen im Anschluß an die Auswertung der Kunstfehlergutachten des Münchner Instituts für Rechtsmedizin gezogen werden.

1) Bonstedt, S. 17

5. Gegenstand und Material der Untersuchung

Der vorliegenden Arbeit wurden die Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München zu Kunstfehlerklagen aus den Jahren 1976 - 1978 zugrunde gelegt; dabei handelte es sich um insgesamt 216 Gutachten, wovon 213 aus straf- und 3 aus zivilrechtlichem Anlaß erstellt worden waren. Die Auswertung sollte die folgenden Fragen beantworten helfen:

- a) Nimmt die Klagehäufigkeit zu?
- b) Welche Fachgebiete sind mit welchen Klagehäufigkeiten vertreten?
- c) Wie viele Ärzte aus der Gesamtheit aller Ärzte der jeweiligen Fachrichtung im Einzugsbereich des Instituts für Rechtsmedizin waren betroffen?
- d) Wie wurden die jeweiligen Schuldvorwürfe in den Gutachten beurteilt?
- e) Welche spezifischen Fallkonstellationen kann man aus der Gesamtheit der Schuldvorwürfe destillieren?
- f) Wie häufig waren Angehörige nichtärztlicher Heilberufe Klagen ausgesetzt, zu denen vom Institut für Rechtsmedizin Gutachten erstellt wurden; wie wurden die Vorwürfe beurteilt?
- g) Welche Krankenhäuser - und hier: welche Stationen - waren mit welcher Häufigkeit Gegenstand der Gutachten zu Kunstfehlerklagen; zu welchen Beurteilungen gelangten die Gutachter?
- h) Wie viele Krankenhäuser aus der Gesamtheit aller Krankenhäuser im Einzugsbereich des Instituts für Rechtsmedizin waren betroffen?
- i) In wievielen Fällen wurden mehrere - auch Fachgutachten - erstellt?

6. Methode

Zur Auswertung der Gutachten wurde für jedes einzelne eine Karteikarte angelegt, die folgende Daten enthielt:

- a) Datum und Aktennummer des Gutachtens
- b) Gericht und Aktenzeichen
- c) Schuldvorwurf
- d) Beruf bzw. ärztliches Fachgebiet des Beschuldigten
- e) Gegebenenfalls betroffenes Krankenhaus
- f) Stichwortartiger Verlauf des inkriminierten Vorfalls
- g) Gutachterliche Beurteilung des Schuldvorwurfs durch das Institut für Rechtsmedizin
- h) Gegebenenfalls weitere Gutachten, die aus Anlaß des jeweiligen Falles erstellt wurden.

Schwierigkeiten bei der statistischen Aufarbeitung des Materials ergaben sich, da aus einigen Gutachten das Fachgebiet des betroffenen Arztes nicht ersichtlich war. Dieses konnte bei niedergelassenen Ärzten durch Rückfrage bei Gericht festgestellt werden; bei Vorfällen, die sich anläßlich eines stationären Aufenthaltes ereignet hatten, wurde(n) der Auswertung die Fachrichtung(en) zugrunde gelegt, die mit Behandlungen der in Frage stehenden Art typischerweise befaßt ist (sind). Die Auswertung hinsichtlich der einzelnen Fachgebiete steht deshalb unter dem Vorbehalt, nicht restlos nachprüfbar zu sein; Analoges gilt für die Aufgliederung nach betroffenen Krankenhausstationen.

Die verwendeten Absolutzahlen aller Ärzte, in nichtärztlichen Heilberufen Tätigen und Krankenhäuser im Einzugsbereich des Instituts für Rechtsmedizin verdanke ich der freundlichen Mithilfe des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

Bei Berechnung relativer Häufigkeiten wurden die Gutachten für jeden der Betroffenen selbständig gewertet, wenn in einem Gutachten zu Vorwürfen, die gegen mehrere Personen oder Krankenhäuser gerichtet waren, Stellung genommen wurde.

In einigen der folgenden Tabellen wird die Beurteilung des Handelns der Ärzte und der in nicht-ärztlichen Heilberufen Tätigen bzw. der Vorfälle in Krankenhäusern durch das rechtsmedizinische Institut mittels einzelner Buchstaben codiert, um sie tabellarisch darstellbar zu machen. Den fünf Möglichkeiten entsprechend bedeutet:

A = Kein Verstoß gegen Regeln ärztlicher Kunst

B = Vorwurf rechtsmedizinisch nicht sicher zu klären

C = Verstoß gegen Regeln ärztlicher Kunst lag vor, dieser war aber nicht kausal für den negativen Erfolg

D = Verstoß gegen Regeln ärztlicher Kunst lag vor, dessen Kausalität für den negativen Erfolg ist aber nicht mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit nachzuweisen

E = Verstoß gegen Regeln ärztlicher Kunst lag vor, dieser war auch kausal für den negativen Erfolg.

Weitere im folgenden verwandte Abkürzungen:

FKV = Fahrlässige Körperverletzung

FTg = Fahrlässige Tötung

Zus = Zusammen

Krkh = Krankenhaus

JVA = Justizvollzugsanstalt

Bei den Gutachten handelte es sich, sofern nicht anders vermerkt, um solche in Strafsachen.

Unter 'Allgemeinmedizin' sind praktische Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin, unter 'Nervenarzt' Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie gemeinsam erfaßt.

7. Statistische Auswertung

7.1. Entwicklung der Gutachtenstätigkeit von 1976 bis 1978:

	1976			1977			1978		
	Zus	FKV	FTg	Zus	FKV	FTg	Zus	FKV	FTg
Zahl aller Gutachten	53	8 ^a	45	76 ^b	13 ^c	62	87	23	64
Zahl der Erstgutachten	46	6 ^c	40	69 ^b	11 ^c	58	72	18	54
Zahl der Zweitgutachten	7	2 ^c	5	7	2	5	15	5	10
Gutachten, zu denen weitere erstellt wurden	8	2	6	8	2	6	6	3	3
Gutachten, zu denen solche and. rechtsmed. Inst. vorlagen	2	-	2	-	-	-	-	-	-
Gutachten, zu denen Fachgutachten vorlagen	2	-	2	1	1	-	1	-	1
Gutachten, in denen Fachgutachten empfohlen werden	5	1	4	5	4	1	2	1	1

a) Davon zwei zivilrechtliche Gutachten

b) Davon ein Gutachten wegen Verstoßes gegen das BtMG

c) Davon ein zivilrechtliches Gutachten

7.2. Beschuldigte Ärzte in Absolutzahlen:

Die folgende Übersicht zeigt, gegen wieviele Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen in den drei untersuchten Jahren ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren eingeleitet wurde, zu dem man Gutachten des rechtsmedizinischen Instituts einholte.

Die Zahl der hier erfaßten Ärzte ist wesentlich größer als die der erstellten Gutachten, da in vielen Fällen gegen mehrere behandelnde Ärzte

ermittelt wurde, zu deren Handeln das Institut in einem einzigen Gutachten Stellung nahm. - Die Zahl der betroffenen Ärzte dürfte aber eher noch höher sein, da oft gegen 'Unbekannt' ermittelt wurde und in diesem Fall in die Statistik je ein Arzt der für gewöhnlich mit Behandlungen der in Frage stehenden Art befaßten Fachrichtung eingesetzt wurde; Kollegen der gleichen Fachrichtung oder Assistenten, die u.U. mitbehandelt hatten, konnten deshalb keinen Eingang in die Statistik finden. Ich glaube aber, daß die schwerpunktmäßige Verteilung der betroffenen Fachrichtungen trotz dieser Einschränkung sich tendenziell nicht anders darstellen dürfte, wenn alle im jeweiligen Fall beteiligten Ärzte erfaßt worden wären, da sich der numerische Fehler in allen Fällen gleichmäßig auswirkt.

a) Alle betroffenen Ärzte (niedergelassen und angestellt):

Beschuldigt	1976	1977	1978	Zus
Allgemeinmed.	7	12	12	31
Anästhesisten	3	3	9	15
Chirurgen	21	22	23	66
Gynäkologen	5	7	12	24
HNO-Ärzte	3	-	-	3
Internisten	8	15	20	43
Kieferchirurgen	-	-	1	1
Lungenärzte	-	-	1	1
Nervenärzte	4	3	2	9
Neurochirurgen	1	4	2	7
Notärzte	1	-	-	1
Orthopäden	-	-	2	2
Pädiater	5	11	1	17
Radiologen	1	2	4	7
Rechtsmediziner	1	-	-	1
Urologen	2	1	2	5
Zahnärzte	-	-	1	1
Ärzte in JVA	-	2	5	7
	62	82	97	241

b) Niedergelassene Ärzte:

Beschuldigt	1976	1977	1978	Zus
Allgemeinmed.	7	12	12	31
Chirurgen	4	4	2	10
Gynäkologen	4	5	2	11
HNO-Ärzte	2	-	-	2
Internisten	-	1	1	2
Kieferchirurgen	-	-	1	1
Lungenärzte	-	-	1	1
Nervenärzte	4	1	-	5
Orthopäden	-	-	1	1
Pädiater	1	4	1	6
Radiologen	-	-	2	2
Urologen	2	-	1	3
Zahnärzte	-	-	1	1
	24	27	25	76

c) Angestellte Ärzte:

Beschuldigt	1976	1977	1978	Zus
Anästhesisten	3	3	9	15
Chirurgen	17	18	21	56
Gynäkologen	1	2	10	13
HNO-Ärzte	1	-	-	1
Internisten	8	14	19	41
Nervenärzte	-	2	2	4
Neurochirurgen	1	4	2	7
Notärzte	1	-	-	1
Orthopäden	-	-	1	1
Pädiater	4	7	-	11
Radiologen	1	2	2	5
Rechtsmediziner	1	-	-	1
Urologen	-	1	1	2
Ärzte in JVA	-	2	5	7
	38	55	72	165

7.3. Beschuldigte Ärzte nach Schuldvorwürfen und Beurteilung ihres Handelns gemäß den Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin.

a) Niedergelassene Ärzte, Behandlung in der Praxis oder bei Hausbesuch:

Beschul- digt	Vor- wurf	1976						1977						1978					
		A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus
Allge- meinmed.	FKV	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	1	1	-	-	1	-	2
	FTg	4	-	-	1	-	5	10	-	1	-	-	11	7	-	-	3	-	10
Chirur- gen	FKV	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2
	FTg	1	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gynäko- logen	FKV	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	FTg	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-
HNO-Ärzte	FTg	1	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inter- nisten	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
	FTg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Kieferch.	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Lungarzt	FTg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Nerven- ärzte	FKV	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	FTg	2	-	-	2	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orthopäd.	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Pädi- ater	FKV	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	FTg	-	-	-	-	-	-	3	-	-	1	-	4	1	-	-	-	-	1
Radiolog.	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Uro- logen	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
	FTg	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zahnarzt	FTg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
		12	2	1	3	1	19	15	-	1	3	2	21	14	1	-	7	1	23

b) Niedergelassene Ärzte, Behandlung in Belegkrankenhaus:

Beschul- digt	Vor- wurf	1976						1977						1978					
		A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus
Chirur- gen	FKV	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-
	FTg	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Gynäko- logen	FKV	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	-	-	-	-	2
	FTg	2	-	1	1	-	4	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
		2	-	1	1	1	5	2	3	-	1	-	6	2	-	-	-	-	2

c) Angestellte Ärzte, Behandlung im Krankenhaus:

Beschul- digt	Vor- wurf	1976						1977						1978					
		A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus
Anästht.	FTg	3	-	-	-	-	3	2	-	-	1	-	3	9	-	-	-	-	9
Chirur- gen	FKV	2	-	-	-	1	3	1	1	-	-	-	2	-	1	-	-	1	2
	FTg	7	5	-	-	2	14	11	2	-	3	-	16	16	1	2	-	-	19
Gynäko- logen	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
	FTg	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	2	8	-	-	1	-	9
HNO-Arzt	FTg	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inter- nisten	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
	FTg	8	-	-	-	-	8	13	-	-	1	-	14	16	1	-	1	-	18
Nervärzte	FTg	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	2
Neuro- chirurg.	FKV	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-
	FTg	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	2
Notarzt	FTg	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orthopäde	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Pädiater	FTg	3	-	-	1	-	4	5	-	-	-	2	7	-	-	-	-	-	-
Radio- logen	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
	FTg	1	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	2	-	-	-	1	-	1
Rechtsm.	FTg	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uro- logen	FKV	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	FTg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Ärzte in JVA	FKV	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	3	-	-	-	-	3
	FTg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2
		28	5	-	2	3	38	42	5	-	5	3	55	61	3	2	4	2	72

d) Niedergelassene und angestellte Ärzte zu-
sammen:

Beschul- digt	Vor- wurf	1976						1977						1978					
		A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus
Allge- meinmed.	FKV	2	-	-	-	-	2	-	-	-	1	1	-	1	-	-	1	-	2
	FTg	4	-	-	1	-	5	10	-	1	-	-	11	7	-	-	3	-	10
Anästh.	FTg	3	-	-	-	-	3	2	-	-	1	-	3	9	-	-	-	-	9
Chirur- gen	FKV	2	1	-	-	1	4	1	3	-	1	-	5	1	1	-	1	1	4
	FTg	8	5	-	-	4	17	12	2	-	3	-	17	16	1	2	-	-	19
Gynäko- logen	FKV	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2	3	-	-	-	-	3
	FTg	3	-	1	1	-	5	3	-	-	2	-	5	8	-	-	1	-	9
HNO-Arzt	FTg	1	1	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inter- nist	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	1
	FTg	8	-	-	-	-	8	13	-	-	1	-	14	17	1	-	1	-	19
Kieferch.	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Lungarzt	FTg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Nerven- arzt	FKV	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
	FTg	2	-	-	2	-	4	2	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	2
Neuro- chir.	FKV	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-
	FTg	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	2
Orthopäd	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
Pädia- ter	FKV	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	FTg	3	-	-	1	-	4	8	-	-	1	2	11	1	-	-	-	-	1
Radio- loge	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3
	FTg	1	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	2	-	-	1	-	-	1
Rechtsm.	FTg	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uro- loge	FKV	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
	FTg	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Zahnarzt	FTg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Arzt in JVA	FKV	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	3	-	-	-	-	3
	FTg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2

42 7 2 6 5 62 59 8 1 9 5 82 77 4 2 11 3 97

e) Niedergelassene und angestellte Ärzte zusammen, Zahlen jeweils für den gesamten Untersuchungszeitraum von 1976 bis 1978:

Beschul- digt	FKV 1976-78						FTg 1976-78						FKV+FTg 1976-78					
	A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus
Allge- meinmed.	3	-	-	1	1	5	21	-	1	4	-	26	24	-	1	5	1	31
Anäst.h.	-	-	-	-	-	-	14	-	-	1	-	15	14	-	-	1	-	15
Chirur- gen	4	5	-	2	2	13	36	8	2	3	4	53	40	13	2	5	6	66
Gynäko- logen	4	1	-	-	-	5	14	-	1	4	1	19	18	1	1	4	-	24
HNO-Arzt	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	3	1	1	-	1	-	3
Inter- nist	1	-	-	-	1	2	38	1	-	2	-	41	39	1	-	2	1	43
Kieferch.	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Lungarzt	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
Nerven- arzt	1	-	-	-	-	1	6	-	-	2	-	8	7	-	-	2	-	9
Neuro- chir.	1	-	-	-	1	2	5	-	-	-	-	5	6	-	-	-	1	7
Notarzt	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
Ortho- päde	1	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
Pädia- ter	-	-	1	-	-	1	12	-	-	2	2	16	12	-	1	2	2	17
Radio- loge	-	-	-	3	-	3	2	1	-	1	-	4	2	1	-	4	-	7
Rechtsm.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
Uro- loge	1	1	-	-	-	2	3	-	-	-	-	3	4	1	-	-	-	5
Zahnarzt	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
Arzt in JVA	5	-	-	-	-	5	1	-	-	-	1	2	6	-	-	-	1	7
	21	8	1	6	6	42	157	11	4	20	7	199	178	19	5	26	13	241

(Zur prozentualen Verteilung der einzelnen Beurteilungsmöglichkeiten s. 7.5.)

7.4. Prozentuale Verteilung von fahrlässiger Körperverletzung und fahrlässiger Tötung:

Vorwurf	1976	1977	1978	1976-78
FKV	7=11%	15=18%	20=21%	42=17%
FTg	55=89%	67=82%	77=79%	199=83%

7.5. Beurteilung des inkriminierten Verhaltens der beschuldigten Ärzte laut Gutachten des Instituts in Prozentanteilen.

a) Fahrlässige Körperverletzung:

Jahr	A	B	C	D	E	Zus
1976	4=58%	1=14%	1=14%	-	1=14%	7=100%
1977	6=40%	5=33%	-	1=7%	3=20%	14=100%
1978	11=55%	2=10%	-	5=25%	2=10%	20=100%
1976-78	21=50%	8=20%	1=2%	6=14%	6=14%	42=100%

b) Fahrlässige Tötung:

Jahr	A	B	C	D	E	Zus
1976	38=69%	6=11%	1=2%	6=11%	4=7%	55=100%
1977	53=79%	3=4%	1=2%	8=12%	2=3%	67=100%
1978	66=85%	2=3%	2=3%	6=8%	1=1%	77=100%
1976-78	157=78%	11=6%	4=2%	20=10%	7=4%	199=100%

c) Fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tötung zusammen:

Jahr	A	B	C	D	E	Zus
1976	42=68%	7=11%	2=3%	6=10%	5=8%	62=100%
1977	59=72%	8=10%	1=1%	9=11%	5=6%	82=100%
1978	77=80%	4=4%	2=2%	11=11%	3=3%	97=100%
1976-78	178=74%	19=8%	5=2%	26=11%	13=5%	241=100%

7.6. Zahl aller Ärzte im Einzugsbereich des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München (Oberbayern, Niederbayern, bayerisches Schwaben):

Ärzte für	a) Niederge- lassen	b) Krankenhaus- ärzte	Zus
Allgemeinmedizin	3289	-	3289
Anästhesie	20	295	315
Chirurgie	178	617	795
Gynäkologie	462	527	989
HNO-Heilkunde	231	258	489
Innere Medizin	989	778	1767
Kieferchirurgie	37	17	54
Lungenheilkunde	53	14	67
Nervenheilkunde	189	202	391
Neurochirurgie	1	17	18
Orthopädie	132	130	262
Pädiatrie	309	173	482
Radiologie	124	140	264
Urologie	100	109	209
Zahnmedizin	4016	100	4116

a) Pers. Mitteilung des bayer. stat. Landesamtes

b) Nach 'Bericht für das bayerische Gesundheitswesen für das Jahr 1977'

7.7. Relative Häufigkeit der Kunstfehlergutachten (der Berechnung sind alle Gutachten von 1976 bis 1978 zugrunde gelegt):

Ärzte für	1 Gutachten auf ...nie- dergel.Ärzte	1 Gutachten auf ...Kran- kenhausärzte	1 Gutachten auf ...Ärzte insgesamt
Allgemeinmedizin	108	-	108
Anästhesie	-	20	20
Chirurgie	18	11	12
Gynäkologie	42	41	41
HNO-Heilkunde	231 ^{a)}	258	244
Innere Medizin	494	19	41
Kieferchirurgie	37	-	54
Lungenheilkunde	53	-	67
Nervenheilkunde	38	50	43
Neurochirurgie	-	2	3
Orthopädie	132	130	131
Pädiatrie	51	16	28
Radiologie	62	28	38
Urologie	33	54	42
Zahnmedizin	4016	-	4116

a) Ein Fall ereignete sich außerhalb des eigentlichen Einzugsgebietes und blieb deshalb unberücksichtigt

7.8. Relative Häufigkeit bestimmter Beurteilungen
in den Kunstfehlergutachten (der Berechnung sind
alle Gutachten von 1976 bis 1978 zugrunde gelegt):

Beschul- digt	Vor- wurf	1 Gutachten mit der jeweiligen Beurtei- lung auf ...nieder- gelassene Ärzte					1 Gutachten mit der jeweiligen Beurtei- lung auf ..Kranken- hausärzte				
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
Allge- meinmed.	FKV	1096	-	-	3289	3289	-	-	-	-	-
	FTg	157	-	3289	822	-	-	-	-	-	-
Anästh.	FTg	-	-	-	-	-	21	-	-	295	-
Chirur- gen	FKV	178	59	-	89	-	206	308	-	-	308
	FTg	89	-	-	-	89	18	77	308	206	308
Gynäko- logen	FKV	154	462	-	-	-	527	-	-	-	-
	FTg	154	-	462	154	-	48	-	-	527	-
HNO-Ärzte	FTg	231a)	-	-	-	-	-	-	-	258	-
Inter- nisten	FKV	-	-	-	-	989	778	-	-	-	-
	FTg	989	-	-	-	-	21	778	-	389	-
Kieferch.	FKV	-	-	-	-	37	-	-	-	-	-
Lungarzt	FTg	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nerven- arzt	FKV	189	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	FTg	94	-	-	94	-	50	-	-	-	-
Neuro- chir.	FKV	-	-	-	-	-	17	-	-	-	17
	FTg	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Orthopäd.	FKV	-	132	-	-	-	130	-	-	-	-
Pädia- ter	FKV	-	-	309	-	-	-	-	-	-	-
	FTg	77	-	-	309	-	22	-	-	173	86
Radio- logen	FKV	-	-	-	62	-	-	-	-	140	-
	FTg	-	-	-	-	-	70	140	-	140	-
Uro- logen	FKV	100	-	-	-	-	-	109	-	-	-
	FTg	50	-	-	-	-	109	-	-	-	-
Zahnarzt	FTg	4016	-	-	-	-	-	-	-	-	-

a) Ein Fall ereignete sich außerhalb des eigentl.
Einzugsgebietes u. blieb deshalb unberücksichtigt

(Noch 7.8., relative Häufigkeit bestimmter Beurteilungen in den Kunstfehlergutachten)

Ärzte für	Vorwurf	1 Gutachten mit der jeweiligen Beurteilung auf ... Ärzte insgesamt				
		A	B	C	D	E
Allg.med.	FKV	1096	-	-	3289	3289
	FTg	157	-	3289	822	-
	Zus	137	-	3289	658	3289
Anästhesie	FTg	22	-	-	315	-
Chirurgie	FKV	199	159	-	398	398
	FTg	22	99	398	265	199
	Zus	20	61	398	159	133
Gynäkologie	FKV	247	989	-	-	-
	FTg	71	-	989	247	-
	Zus	55	989	989	247	-
HNO-Heilk.	FTg ^{a)}	489	-	-	489	-
Innere Med.	FKV	1767	-	-	-	1767
	FTg	46	1767	-	883	-
	Zus	45	1767	-	883	1767
Kieferchir.	FKV	-	-	-	-	54
Lungenheilk.	FTg	67	-	-	-	-
Nervenheilk.	FKV	391	-	-	-	-
	FTg	65	-	-	195	-
	Zus	56	-	-	195	-
Neurochir.	FKV	18	-	-	-	18
	FTg	4	-	-	-	-
	Zus	3	-	-	-	18
Orthopädie	FKV	262	262	-	-	-
Pädiatrie	FKV	-	-	482	-	-
	FTg	40	-	-	241	241
Radiologie	FKV	-	-	-	88	-
	FTg	132	264	-	264	-
	Zus	132	264	-	66	-
Urologie	FKV	209	209	-	-	-
	FTg	70	-	-	-	-
	Zus	52	209	-	-	-
Zahnmed.	FTg	4116	-	-	-	-

a) Ein Fall ereignete sich außerhalb des eigentl. Einzugsgebietes u. blieb deshalb unberücksichtigt

7.9. Fallgruppen

Gewisse Fallkonstellationen und die daraus resultierenden Vorwürfe gegen die behandelnden Ärzte und Pflegepersonen ähneln einander; sie sind im folgenden - soweit als sinnvollmöglich - in Fallgruppen geordnet worden. Wenn von der Staatsanwaltschaft gegen mehrere Personen ermittelt wurde, ist unter der Rubrik 'Beschuldigter' derjenige aufgeführt, der überwiegend mit dem Patienten befaßt war, oder gegen den sich der massivste Schuldvorwurf richtete.

Fallgruppen	Zahl u. Art d. Vorwürfe	Beschuldigter	Beurteilung laut Gutachten
1) Entzündungen oder Sepsis trotz (oder we- gen) Heilein- griffs	10 FKV 26 FTg	2 Allgemeinmed. 19 Chirurgen 9 Gynäkologen 2 Internisten 1 Kieferchirurg 1 Pädiater 1 Urologe 1 N.ärztl.Hb.	2A 7A, 7B, 1C, 2D, 2E 5A, 1B, 1C, 2D 2A 1E 1A 1A 1E
2) Tod während oder unmittel- bar nach ärzt- lichem Eingriff	29 FTg	3 Allgemeinmed. 2 Anästhesisten 10 Chirurgen 4 Gynäkologen 2 HNO-Ärzte 1 Internist 1 Nervenarzt 1 Neurochirurg 3 Radiologen 1 Urologe 1 Zahnarzt	3A 2A 9A, 1D 4A 1B, 1D 1A 1A 1A 2A, 1B 1A 1A
3) Fehldia- gnosen	2 FKV 20 FTg	6 Allgemeinmed. 1 Gynäkologe 5 Internisten 1 Lungenarzt 2 Nervenärzte 2 Pädiater 2 Radiologen 1 Arzt in JVA 2 N.ärztl.Hb.	2A, 1C, 3D 1A 4A, 1D 1A 1A, 1D 2A 2D 1E 1A, 1D

(Noch 7.9. Fallgruppen)

Fallgruppen	Zahl u. Art d. Vorwürfe	Beschuldigt	Beurteilung laut Gutachten
4) Verspätete Behandlung, Krankenhaus- weisung oder Verlegung in anderes Kran- kenhaus	2 FKV 12 FTg	5 Allgemeinmed. 3 Chirurgen 2 Internisten 1 Nervenarzt 1 Neurochirurg 1 Pädiater 1 Arzt in JVA	5A 3A 2A 1A 1A 1C 1A
5) Nicht be- herrschte In- toxikationen	1 FKV 13 FTg	3 Allgemeinmed. 1 Anästhesist 6 Internisten 1 Neurochirurg 1 Radiologe 1 Urologe 1 N.ärztl.Hb.	2A, 1D 1A 5A, 1B 1A 1D 1A 1C
6) Plötz.Kinds- tod, nicht be- herrschte kindl. Infektionen	8 FTg	1 Gynäkologe 7 Pädiater	1A 7A
7) Nicht be- herrschte Un- fallfolgen	8 FTg	7 Chirurgen 1 Internist	6A, 1B 1A
8) Tod infolge Krebsleidens	4 FTg	1 Chirurg 2 Internisten 1 N.ärztl.Hb	1A 2A 1A
9) Fernmündliche Behandlung	2 FTg	1 Allgemeinmed. 1 Pädiater	1D 1D
10) Verschie- dene Einzel- fälle	20 FKV 30 FTg	4 Allgemeinmed. 1 Anästhesist 11 Chirurgen 3 Gynäkologen 7 Internisten 3 Nervenärzte 2 Neurochirurgen 1 Notarzt 2 Orthopäden 1 Pädiater 1 Rechtsmed. 1 Urologe 5 Ärzte in JVA 8 N.ärztl.Hb.	3A, 1E 1A 5A, 2B, 1D, 3E 2A, 1D 6A, 1E 3A 1A, 1E 1A 1A, 1B 1A 1A 1A 5A 5A, 2D, 1E

7.10. Nichtärztliche Heilberufe

a) Zahl der Gutachten, die aus Anlaß von Ermittlungen gegen Beschäftigte in nichtärztlichen Heilberufen vom Institut für Rechtsmedizin erstellt wurden:

1976			1977			1978			1976-78
FKV	FTg	Zus	FKV	FTg	Zus	FKV	FTg	Zus	Zus
-	6	6	1	10	11	2	6	8	25

b) Zahl der Beschuldigten, erhobene Vorwürfe und Beurteilung des inkriminierten Verhaltens laut Gutachten

Beschul- digt	Vor- wurf	1976						1977						1978					
		A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus
Hebamme	FTg	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Heilprakt.	FTg	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	1
Narkose- helferin	FTg	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pfleger	FKV	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
	FTg	1	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1	3	1	-	2	1	2	6
Schwestern	FKV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
	FTg	5	-	-	-	-	5	2	-	-	3	1	6	2	-	-	-	-	2

c) Beurteilung des inkriminierten Verhaltens in Prozentanteilen:

Jahr	A	B	C	D	E	Zus
1976	7=88%	-	-	-	1=12%	8=100%
1977	8=62%	-	-	3=23%	2=15%	13=100%
1978	5=46%	-	2=18%	1= 9%	3=27%	11=100%
1976 -78	20=63%	-	2= 6%	4=12%	6=19%	32=100%

d) Prozentuale Verteilung der Beurteilungen auf beide Deliktgruppen:

Vor- wurf	A	B	C	D	E	Zus
FKV	3=75%	-	-	-	1=25%	4=100%
FTg	17=61%	-	2= 7%	4=14%	5=18%	28=100%

e) Zahl aller in nichtärztlichen Heilberufen Tätigen im Einzugsbereich des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München (Oberbayern, Niederbayern, bayerisches Schwaben)^{a)}:

14 970 Krankenschwestern	2 041 Krankenpfleger
211 Hebammen	733 Heilpraktiker ^{b)}

a) Nach 'Bericht über das bayer. Gesundheitswesen für das Jahr 1977'

b) Pers. Mitteilung des bayer. stat. Landesamtes

(Noch 7.10., nichtärztliche Heilberufe)

f) Relative Häufigkeit der Kunstfehlergutachten (der Berechnung sind alle Gutachten von 1976 bis 1978 zugrunde gelegt). Es entfiel:

- 1 Gutachten auf 998 Krankenschwestern
- 1 Gutachten auf 170 Krankenpfleger
- 1 Gutachten auf 211 Hebammen
- 1 Gutachten auf 244 Heilpraktiker

g) Relative Häufigkeit bestimmter Beurteilungen in den Kunstfehlergutachten (der Berechnung sind alle Gutachten von 1976 bis 1978 zugrunde gelegt):

Beschuldigt	Vorwurf	1 Gutachten mit jeweiliger Beurteilung auf ...in nichtärztlichen Berufen Tätige				
		A	B	C	D	E
Hebammen	FTg	211	-	-	-	-
Heilprakt.	FTg	244	-	-	-	-
Pfleger	FKV	1020	-	-	-	-
	FTg	510	-	1020	2041	680
Schwestern	FKV	14970	-	-	-	14970
	FTg	1663	-	-	4990	14970

7.11. Betroffene Krankenhäuser in absoluten Zahlen:

Krankenhäuser	1976			1977			1978			1976-78
	FKV	FTg	Zus	FKV	FTg	Zus	FKV	FTg	Zus	Zus
Bezirks-Krkh.	-	-	-	-	1	1	-	2	2	3
Freies gemeinnützig. Krkh.	-	1	1	-	-	-	-	1	1	2
Krkh. in JVA	1	-	1	1	-	1	3	3	6	8
Kreis-Krkh.	1	8	9	1a)	13	14a)	-	15	15	38a)
Privat-Krkh.	1	6	7	4	6	10	3	-	3	20
Städt. Krkh.	-	12	12	-	15	15	3	14	17	44
Uni. Krkh.	-	5	5	2	7	9	4	8	12	26
Verbands-Krkh.	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1
Heime und Sanatorien	-	2	2	-	2	2	-	1	1	5
	3	34	37	8a)	45	53a)	13	44	57	147a)

a) Davon 1 Zivilfall

7.12. Prozentuale Verteilung der Schuldvorwürfe wegen Zwischenfällen in Krankenhäusern:

Vorwurf	1976	1977	1978	1976-78
FKV	3= 8%	8=15%	13=23%	24=16%
FTg	34=92%	45=85%	44=77%	123=84%

7.13. Beurteilungen der inkriminierten Vorfälle in Krankenhäusern laut Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin in Absolut- und Prozentzahlen:

a) Fahrlässige Körperverletzung:

Jahr	A	B	C	D	E	Zus
1976	2=67%	-	-	-	-	3=100%
1977	3=38%	3=38%	-	1=12%	1=12%	8=100%
1978	10=76%	1= 8%	-	1= 8%	1= 8%	13=100%
1976 -78	15=63%	4=17%	-	2= 8%	3=12%	24=100%

b) Fahrlässige Tötung:

Jahr	A	B	C	D	E	Zus
1976	24=70%	1= 3%	1= 3%	3= 9%	5=15%	34=100%
1977	34=76%	3= 7%	1= 2%	5=11%	2= 4%	45=100%
1978	39=90%	1= 2%	1= 2%	2= 4%	1= 2%	44=100%
1976 -78	97=79%	5= 4%	3= 2%	10= 8%	8= 7%	123=100%

c) Fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tötung zusammen:

Jahr	A	B	C	D	E	Zus
1976	26=70%	1= 3%	1= 3%	3= 8%	6=16%	37=100%
1977	37=70%	6=11%	1= 2%	6=11%	3= 6%	53=100%
1978	49=85%	2= 4%	1= 2%	3= 5%	2= 4%	57=100%
1976 -78	112=77%	9= 6%	3= 2%	12= 8%	11= 7%	147=100%

7.14. Krankenhäuser nach betroffenen Abteilungen. Waren in einem Fall mehrere Abteilungen beteiligt, wurde dieser derjenigen zugeordnet, die in erster Linie mit ihm befaßt war oder gegen die der massivste Vorwurf erhoben wurde.

Kranken- häuser	Abteilung	Jahr	Vorwurf d.FKV					Vorwurf d.FTg					FKV+FTg		
			A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus	Zus
Bezirks- Krk.	Psych.	1977	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1		1
	"	1978	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2		2
Krk. in JVA	Chirurgie	1976	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		1
	"	1977	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		1
	"	1978	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-		1
	Innere	1978	2	-	-	-	-	2	1	-	1	1	3		5
Freies gemein- nützig. Krk.	Gynäkol.	1976	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1		1
	Innere	1978	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1		1

(Noch 7.14., Krankenhäuser nach betroffenen Abteilungen)

Kranken- häuser	Abteilung	Jahr	Vorwurf d. FKV					Vorwurf d. FTg					FKV+FTg	
			A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus
Kreis- krkh.	Anästht.	1978	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1
	Chirurgie	1976	-	-	-	-	1	1	1	-	2	4	5	
	"	1977	1a)	-	-	-	1a)	3	2	-	1	6	7a)	
	"	1978	-	-	-	-	-	4	-	-	-	4	4	
	Gynäkol.	1976	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	"	1978	-	-	-	-	-	3	-	1	-	4	4	
	HNO	1976	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	
	Innere	1976	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	2	
	"	1977	-	-	-	-	-	4	1	-	-	5	5	
	"	1978	-	-	-	-	-	6	-	-	-	6	6	
Pädiatrie	1977	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1		
Röntgen	1977	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1		
Privat- Krkh.	Chirurgie	1976	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2	2	3
	"	1977	-	1	-	1	-	2	1	-	2	3	5	
	"	1978	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	
	Gynäkol.	1976	-	-	-	-	-	1	-	1	1	3	3	
	"	1977	-	1	-	-	-	1	1	-	-	1	2	
	"	1978	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	
	Innere	1977	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	Pädiatrie	1976	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	"	1977	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	
Urologie	1977	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1		
Städt. Krkh.	Anästht.	1976	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	"	1978	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	Chirurgie	1976	-	-	-	-	-	2	-	-	1	3	3	
	"	1977	-	-	-	-	-	4	-	1	-	5	5	
	"	1978	-	1	-	-	-	1	9	1	-	10	11	
	Gynäkol.	1978	1	-	-	-	-	1	1	-	-	1	2	
	HNO	1976	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	Innere	1976	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3	3	
	"	1977	-	-	-	-	-	6	-	1	-	7	7	
	"	1978	1	-	-	-	-	1	1	-	-	2	3	
	Neurol.	1977	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	Pädiatrie	1976	-	-	-	-	-	2	-	1	-	3	3	
	"	1977	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	Röntgen	1976	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
"	1977	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1		
Sanato- rien u. Heime	Innere	1976	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	"	1977	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	"	1978	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	Pädiatrie	1976	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	
	"	1977	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	

(Noch 7.14., Krankenhäuser nach betroffenen Abteilungen)

Kranken- häuser	Abteilung	Jahr	Vorwurf d.FKV						Vorwurf d.FTg						FKV+FTg Zus
			A	B	C	D	E	Zus	A	B	C	D	E	Zus	
Univer- sitäts- krkh.	Chirurgie	1976	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	2
	"	1977	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1
	"	1978	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	1	2
	Innere	1976	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	2
	"	1977	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1
	"	1978	1	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-	4	5
	Neurochir.	1976	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1
	"	1977	1	-	-	-	1	2	2	-	-	-	-	2	4
	"	1978	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	2
	Orthopäd.	1978	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	Pädiatrie	1976	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1
	"	1977	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	2
Verbands- Krk.	Röntgen	1978	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	Urologie	1978	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1
Verbands- Krk.	Chirurgie	1977	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1

15 4 - 2 3 24 97 5 3 10 8 123 147^{a)}

a) 1 Zivilfall

7.15. Zahl aller Krankenhäuser sowie ihrer Betten im Einzugsbereich des rechtsmedizinischen Instituts der Universität München (Oberbayern, Niederbayern und bayerisches Schwaben)^{a)}:

Krankenhäuser	Zahl der Krk.	Zahl der Betten
Bezirks-Krk.	10	8414
Freies gemeinnützi- ges Krkh.	78	12068
Krankenabteilung in JVA	6	286
Kreis-Krk.	93	17514
Privat-Krk.	200	14551
Städtische und Gemeinde-Krk.	50	12125
Universitätskliniken	2	4191
Verbands-Krk.	13	2256

a) Nach: Die Krankenhäuser in Bayern, stat. Berichte d. bayer. stat. Landesamtes, Aug. 78

7.16. Relative Häufigkeit der Kunstfehlergutachten
(der Berechnung sind alle Gutachten von 1976 bis
1978 zugrunde gelegt):

Krankenhäuser	1 Gutachten auf ... Krkh. bzw. ... Betten
Bezirks-Krkh.	3 Krkh. 2805 Betten
Freies gemein- nütziges Krkh.	36 Krkh. 6034 Betten
Krankenabteilung in JVA	0.75 Abtg. 36 Betten
Kreis-Krkh.	2.5 Krkh. 461 Betten
Privat-Krkh.	10 Krkh. 718 Betten
Städtische und Gemeinde-Krkh.	1.1 Krkh. 276 Betten
Universitätskliniken	0.08 Krkh. 161 Betten a)
Verbands-Krkh.	13 Krkh. 2256 Betten

7.17. Relative Häufigkeit bestimmter Beurteilungen in
den Kunstfehlergutachten (der Berechnung sind alle
Gutachten von 1976 bis 1978 zugrunde gelegt):

Kranken Vor- häuser wurf		1 Gutachten mit jeweiliger Beur- teilung auf ... Krkh./...Betten					
		A	B	C	D	E	
Bezirk	FTg	3/ 2804	-	-	-	-	-
Frei-g.	FTg	39/ 6034	-	-	-	-	-
JVA	FKV	1/ 57	-	-	-	-	-
	FTg	6/ 286	-	-	6/ 286	6/ 286	-
Kreis	FKV	93/17514	-	-	-	-	93/17514
	FTg	3/ 647	31/ 5838	93/17514	46/ 8757	46/ 8757	-
Privat	FKV	50/ 3638	67/ 4850	-	200/14551	-	-
	FTg	40/ 2910	-	200/14551	67/ 4850	67/ 4850	-
Städt.- Gmde.	FKV	25/ 6062	50/12125	-	-	-	-
	FTg	1/ 356	25/ 6062	50/12125	17/ 4042	50/12125	-
Uni.a)	FKV	0.6/ 1397	-	-	2/ 4191	1/ 2095	-
	FTg	0.1/ 220	-	-	-	-	-
Verband	FTg	13/ 2256	-	-	-	-	-

a) Ein Fall ereignete sich außerhalb des eigentlichen
Einzugsgebietes und wurde deshalb hier nicht berücksichtigt

8. Diskussion

8.1. Die Entwicklung der Klagehäufigkeit wegen vermeintlicher oder tatsächlicher ärztlicher Kunstfehler ist zuerst aus der Zahl der vom Institut für Rechtsmedizin erstellten Gutachten zu ersehen: Die Zahl der Erstgutachten betrug 1976 insges. 46, 1977 insges. 69 und 1978 insges. 72. Zieht man Vergleichszahlen aus früheren Jahren heran, verdichten sich diese Werte zur Tendenz: In den Jahren von 1950 bis 1970 wurden in keinem Jahr mehr als neun Gutachten zu Kunstfehlerverfahren erstellt; 1971 dann insges. 15, 1972 insges. 20, 1973 insges. 18, 1974 insges. 21 und 1975 insges. 36¹⁾. Die Klagehäufigkeit, für die die Kunstfehlergutachten sicher einen geeigneten Indikator darstellen, hat also in den siebziger Jahren eine ständig wachsende Entwicklung genommen, nachdem sie sich in den fünfziger und sechziger Jahren auf einem niedrigen Grundniveau gehalten hatte.

Differenziert man nach den beiden möglichen Vorwürfen, so überwiegen Gutachten, die wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung vom Institut erstellt wurden; eine Zunahme der Gutachtenstätigkeit ist aber bei beiden Deliktsgruppen feststellbar, wobei sich der prozentuale Anteil der anlässlich des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung erstellten Gutachten an der Gesamtzahl der Gutachten vergrößerte (s.7.4.).

Stellt man die Frage nach den Ursachen dieser Entwicklung, muß man wohl - dem Ansatz der labeling-Theorie folgend - beim anzeigenden Patienten bzw. dessen Angehörigen ansetzen, denn sie "läßt sich

1) Neumaier, S. 15

nicht durch ein verändertes Tun der betroffenen Ärzte oder eine strengere Auslegung rechtlicher Begriffe erklären" ¹⁾). Zunehmend wichtig erscheint heute die Motivierung des Anzeigenden, der zu seiner Klage möglicherweise durch Gründe mitbestimmt wird, die außerhalb des Behandlungsergebnisses liegen, welches als dem Arzt vorwerfbar empfunden wird. Als derartige Ursachen und Motive kommen z.B. neben dem schwindenden Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient u.U. auch praktische Überlegungen in Frage: Der Strafprozeß kann als billiges Vorspiel zum anschließenden zivilrechtlichen Schadensersatzprozeß dienen ²⁾). Der von Staats wegen zu führende Strafprozeß, der mit einer Verurteilung endet, rechtfertigt in jedem Fall einen zivilrechtlichen Anspruch, der in einem mit Prozeßkostenrisiko behafteten Verfahren durchgesetzt werden muß ³⁾). Aber selbst wenn der Strafprozeß mit einem Freispruch des Arztes endet, weil die Kausalität eines festgestellten Kunstfehlers für den negativen Erfolg nicht mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit bewiesen werden konnte - zu dieser Beurteilung gelangten 11% der Beurteilungen des rechtsmedizinischen Instituts (s.7.5.c.) - kann dies dem Kläger einen Zivilprozeß aussichtsreich erscheinen lassen: Der festgestellte Kunstfehler führt dort u.U. zur sog. Beweislastumkehr, die zur Folge hat, daß der Kläger nicht mehr die Voraussetzungen des geltend gemachten Anspruchs, sondern der Beklagte seine Nichtverantwortlichkeit beweisen muß. Diese Beweislastumkehr ist von der

1) Brandis/Pribilla, S. 9

2) Vgl. Schwalm, S. 539f

3) Vgl. Brandis/Pribilla, S. 16

Rechtsprechung gerade für "grobe ärztliche Behandlungsfehler" anerkannt worden, die geeignet sind, "einen Schaden herbeizuführen, wie er tatsächlich eingetreten ist"¹⁾. Außerdem ist der Zivilrichter bei festgestelltem Kunstfehler ermächtigt, im Wege des Prima-facie-Beweises den "adäquaten Ursachenzusammenhang zwischen diesem und dem eingetretenen Schaden zu bejahen"²⁾, bis das Gegenteil bewiesen ist.

Die Frage nach der Ursache zunehmender Kunstfehlerklagen ließe sich meiner Meinung nach erst beantworten, wenn die Motive erforscht würden, die einen Patienten oder dessen Angehörigen zur Klage veranlassen; daß die herrschende juristische Meinung, jeder ärztliche Eingriff erfülle den Tatbestand der Körperverletzung, die wachsende Anzeigebereitschaft zumindest hinsichtlich der fahrlässigen Körperverletzung zu fördern geeignet ist, wurde bereits oben (4.) dargestellt.

8.2. Die Tabellen unter 7.2. zeigen, gegen wieviele Ärzte der einzelnen Fachrichtungen ermittelt wurde. Eine Rangordnung unter Berücksichtigung aller betroffenen Ärzte zeigt, daß die meisten Anzeigen gegen Chirurgen, Internisten, Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Pädiater und Anästhesisten gerichtet waren. Die ersten vier dieser Arztgruppen sahen sich auch in zwei anderen Arbeiten den meisten Klagen ausgesetzt³⁾. Eine ähnliche Häufigkeitsverteilung zeigt sich, wenn man nach niedergelassenen und angestellten Ärzten differenziert: bei ersteren finden sich unter den sechs am meisten betroffenen Arztgruppen noch Nervenärzte und Urologen, während Internisten und

1) BGHZ 61, 1201

2) S. Schwalm, S. 555 mit weiteren Nachweisen

3) Neumaier, S. 18; Brandis/Pribilla, S. 20

Anästhesisten seltener betroffen sind; bei den angestellten Ärzten entfallen die Allgemeinmediziner, während Neurochirurgen zahlengleich mit Ärzten in Justizvollzugsanstalten an sechster Stelle zu finden sind.

Die Auflistung der Schuldvorwürfe gegen Vertreter der einzelnen ärztlichen Fachrichtungen in den Jahren 1976 bis 1978 und deren Beurteilung durch das rechtsmedizinische Institut zeigen, daß sich Trendaussagen bezüglich der Stichhaltigkeit der Klagen kaum formulieren lassen würden (s.7.3.). Auch bei den am häufigsten von Anzeigen betroffenen Disziplinen kann keine Tendenz festgestellt werden, die steigende Zahl von Klagen ginge mit einer prozentualen Zunahme der Beurteilung, ein Kunstfehler habe vorgelegen, einher. Ein Vergleich der Prozentanteile der einzelnen Beurteilungen in den Jahren 1976 bis 1978 deutet sogar an, daß die Gutachten, welche einen Kunstfehler bejahen, eher abnehmen (s.7.5).

Tabelle 7.7. zeigt, jeder wievielte Arzt einer Fachrichtung von einer Anzeige betroffen war. Bei der Betroffenheit der Ärzte insgesamt fällt das hohe Anzeigerisiko für Neurochirurgen und Chirurgen auf; dies mag durch die Schwere der von diesen Ärzten zu behandelnden Fälle bedingt sein; ähnliches gilt für Anästhesisten. Auffällig im Vergleich zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten ist vor allem die Diskrepanz bei den Internisten: Während sich nur jeder 494. freiberuflich Tätige einer Anzeige ausgesetzt sah, traf eine solche jeden 19. an einem Krankenhaus beschäftigten Internisten. Auch dies könnte daher rühren, daß stationär in der Regel schwerere Fälle als ambulant behandelt werden.

Die relative Häufigkeit einer Klage korreliert meist mit der absoluten; Allgemeinmediziner, die an der dritten Stelle der absoluten Gutachtenszahlen standen, gehören hier allerdings zu den am seltensten von Klagen betroffenen Ärzten. Die Darstellung relativer Häufigkeiten von bestimmten Beurteilungen der jeweiligen inkriminierten ärztlichen Behandlungen (7.8.) läßt keine Tendenz erkennen, Ärzte bestimmter Fachrichtungen verstößen überzufällig häufig gegen die Regeln ärztlicher Kunst; zu den interdisziplinär verschiedenen Betroffenen gelten die oben zum unterschiedlichen Anzeigerisiko genannten möglichen Gründe analog.

Berücksichtigt man, daß in der Arbeit lediglich die Gutachten aus den Jahren 1976 bis 1978 ausgewertet wurden, erscheint bei der festgestellten zunehmenden Klagehäufigkeit und den relativen Betroffenen das Risiko, im Laufe eines Arztlebens mit einer Kunstfehlerklage konfrontiert zu werden, in den meisten ärztlichen Berufen schon recht groß. Die Beurteilungen durch das rechtsmedizinische Institut zeigen aber, daß die Anzeigen nur selten gerechtfertigt waren (7.5.): Lediglich in 18 Prozent der Fälle konnte ein Verstoß gegen die Regeln ärztlicher Kunst festgestellt werden, und nur bei wenigen Klagen war auch die Kausalität dieses Fehlers für den negativen Erfolg mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit beweisbar: Erforderlich ist eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, d.h. eine Wahrscheinlichkeit von 99 Prozent¹⁾. Ein derartiger Beweis, der hypothetische Geschehensabläufe be-

1) s. Mueller, S. 235

rücksichtigen muß, ist im Bereich biologischer Ereignisse nur schwer zu erbringen, so daß letztlich nur fünf Prozent der Anzeigen in den Gutachten ihre volle Bestätigung fanden¹⁾.

8.3. Unter 7.9. werden typische Fallgruppen zusammengefaßt. Zahlenmäßig an erster Stelle stehen Entzündung bzw. Sepsis trotz oder wegen Heileingriffs; hier finden sich auch unter den spezifizierten Fallkonstellationen die meisten Feststellungen eines kausalen Kunstfehlers. Bei Brandis/Pribilla wird die größte Gruppe von Fehldiagnosen gebildet²⁾; allerdings erfaßten diese Autoren verspätete Behandlungen und Krankenhauseinweisungen mit unter dieser Rubrik; bei derartigem Vorgehen stände diese Fallgruppe auch in der vorliegenden Arbeit an erster Stelle, während so Fehldiagnosen die dritt-, verspätete Behandlung bzw. Überweisung die viertgrößte Gruppe bilden.

Relativ viele Anzeigen wurden anläßlich akut aufgetretener Zwischenfälle gestellt: Tod während oder unmittelbar nach Heileingriff, plötzlicher Kindstod, nicht beherrschte Unfallfolgen oder Intoxikationen. Hier könnte vielleicht der Schock über den unerwarteten Tod eines Angehörigen mitauslösendes Moment für die Anzeige sein; ein kausaler Kunstfehler wurde in keinem dieser Fälle bejaht.

In den drei Fällen nicht beherrschten Krebsleidens konnte keine Fehlbehandlung festgestellt werden, wohl aber bei zwei fernmündlichen Behandlungen, wenngleich hier die Kausalität nicht mit der im

1) S. aber oben 8.1. zu den zivilrechtlichen Folgen eines festgestellten Kunstfehlers, dessen Kausalität nicht mit der im Strafprozeß erforderlichen Sicherheit nachgewiesen werden konnte.

2) aaO S. 19

Strafprozeß erforderlichen Sicherheit nachweisbar war.

8.4. In den Jahren 1976 bis 1978 wurden insgesamt 25 Gutachten anlässlich einer Klage gegen Angehörige nichtärztlicher Heilberufe wegen Verstoßes gegen die Regeln der Heil- und Pflegekunst erstellt; eine zunehmende Tendenz der Klagehäufigkeit läßt sich aus der zahlenmäßigen Entwicklung in den drei Jahren nicht erkennen (s.7.10). Eine Interpretation der Ergebnisse dieser Gutachten ist wegen der geringen Fallzahl nur mit größten Vorbehalten möglich.

Die Gesamtzahl der Beschuldigten betrug 32. Die relative Häufigkeit der Kunstfehlergutachten (7.10.f) zeigt, daß sich Angehörige nichtärztlicher Heilberufe in der Regel erheblich seltener Kunstfehlerklagen ausgesetzt sehen als Ärzte (vgl.7.7.).

Bei der Beurteilung der inkriminierten Handlungen wurde aber häufiger als bei Ärzten ein Verstoß gegen Sorgfaltspflichten festgestellt, nämlich in 37 Prozent der Fälle; ebenfalls größer war der Anteil der Gutachten, die eine Kausalität zwischen der Handlung des Beschuldigten und negativem Erfolg bejahten: er betrug 19 Prozent.

8.5. Unter 7.11.ff wird untersucht, an welchen Krankenhäusern sich Zwischenfälle ereigneten, die Gegenstand eines Kunstfehlergutachtens waren. Die absoluten Zahlen der betroffenen Krankenhäuser (7.11.) zeigen beim Vergleich untereinander ähnliche Differenzen wie die relativen Häufigkeiten des Betroffenseins von Kunstfehlergutachten (7.16.), und hier sowohl hinsichtlich der Zahl der Krankenhäuser als auch deren Betten: Den relativen Häufigkeiten zufolge war jede Universitätsklinik vielfach, fast jedes städtische oder Gemeindekrankenhaus einmal von einem Kunstfehlerfall betroffen, aber

nur jedes zehnte Privat-, dreizehnte Verbands- und 36. freie gemeinnützige Krankenhaus. In einer Universitätsklinik kam ein Gutachten auf 161 Betten, in städtischen und Gemeindekrankenhäusern auf 276 Betten und in freien gemeinnützigen Krankenhäusern nur auf 6034 Betten.

Die hohe Betroffenheit der Universitätskliniken mag wiederum mit den besonders selektionierten Patienten zusammenhängen, die in der Regel bei schweren Krankheiten besonders invasiven Eingriffen ausgesetzt sind.

Eine besondere Stellung nehmen die Krankenabteilungen der Justizvollzugsanstalten ein: Die starke Betroffenheit rührt sicherlich zum einen von den besondern Behandlungsbedingungen her: Die meisten Patienten sehen den Arzt, der zum Anstaltsapparat gehört, als Gegner an; außerdem kann eine Anzeige gegen den Arzt eine Unterbrechung des eintönigen Gefangenenslebens mit sich bringen¹⁾. Zum anderen wird die Staatsanwaltschaft sicherlich bei jedem Todesfall, der sich in einer Justizvollzugsanstalt ereignet, ein Ermittlungsverfahren einleiten, um jedem Verdacht illegitimen Geschehens entgegen zu wirken.

Die relativen Häufigkeiten bestimmter Beurteilungen (7.17.) zeigen keine signifikanten Qualitätsunterschiede der einzelnen Krankenhaustypen, wenn man die Zahl der betroffenen Betten zugrunde legt und das weiter oben zum Patientenkreis von Universitätskliniken und Krankenabteilungen in

1) Anlässlich einer Famulatur in der Krankenabteilung einer Justizvollzugsanstalt hörte ich, daß ein Patient ganz freundlich zur ihn behandelnden Ärztin sagte: "Frau Doktor, ich habe Sie heute angezeigt, aber ich meine das bestimmt nicht persönlich".

Justizvollzugsanstalten Gesagte berücksichtigt.
Bei den betroffenen Abteilungen der jeweiligen
Krankenhäuser (7.14.) dominieren natürlich solche,
in denen Ärzte der am häufigsten betroffenen
Fachrichtungen tätig sind, also chirurgische
und internistische.

9. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden Gutachten ausgewertet, die das Institut für Rechtsmedizin der Universität München aus Anlaß von Klagen gegen Ärzte und Angehörige nichtärztlicher Heilberufe wegen Verstoßes gegen die Regeln der ärztlichen bzw. der Heil- und Pflegekunst in den Jahren 1976 bis 1978 erstellt hat. Dabei handelte es sich - von drei Ausnahmen abgesehen - um Strafverfahren wegen des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung bzw. der fahrlässigen Tötung; aus diesem Grund wird in erster Linie auf die strafrechtliche Problematik des sog. Kunstfehlers eingegangen.

Die Zahl der Erstgutachten, die am ehesten ein Maß für die Klagehäufigkeit ist, stieg in den drei Jahren von 46 über 69 auf 72; die Zahlen aller Gutachten einschließlich der Zusatzgutachten betrugen in dieser Zeit 53, 76 und 87. Insgesamt wurden in den Jahren 1976 bis 1978 Vorwürfe gegen 241 Ärzte geprüft; die am häufigsten betroffenen Fachrichtungen waren: Chirurgie mit 66, Innere Medizin mit 43, Allgemeinmedizin mit 31, Gynäkologie mit 24, Pädiatrie mit 17 und Anästhesie mit 15 beklagten Ärzten; andere Fachrichtungen waren mit jeweils weniger als zehn Ärzten betroffen.

Eine etwas andere Rangfolge ergibt sich bei Darstellung relativer Häufigkeiten: Hiernach war jeder 3. Neurochirurg, 12. Chirurg, 20. Anästhesist, 28. Pädiater, 38. Radiologe und 41. Internist sowie Gynäkologe betroffen.

Die tabellarischen Darstellungen absoluter und relativer Häufigkeiten der fünf verschiedenen

Beurteilungsmöglichkeiten (vgl.6.) läßt nicht erkennen, daß zwischen den einzelnen Fachrichtungen signifikante Unterschiede bezüglich der Häufigkeit festgestellter und für den eingetretenen Schaden kausaler Kunstfehler bestehen. Gegen 42 Ärzte wurde wegen Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung, gegen 199 wegen Verdachts der fahrlässigen Tötung ermittelt; beide Vorwürfe wurden in den drei Jahren zunehmend häufiger erhoben, die Klagen wegen des Körperverletzungsdelikts nahmen aber prozentual stärker zu. Bei diesen wurde in 30 Prozent der Fälle ein Verstoß gegen die Regeln ärztlicher Kunst festgestellt und dessen Kausalität für den negativen Erfolg in 14 Prozent der Fälle bejaht; beim Verdacht der fahrlässigen Tötung wurde in 16 Prozent der Fälle ein Verstoß gegen die Regeln ärztlicher Kunst und in vier Prozent der Fälle dessen Kausalität für den eingetretenen Schaden festgestellt.

Eine vergleichende Charakterisierung der einzelnen Fälle ergab gewisse typische Konstellationen, die zu Gruppen zusammengefaßt und nach Häufigkeiten geordnet wurden: Gegen 35 Ärzte wurde wegen Entzündung oder Sepsis trotz oder infolge Heileingriffs ermittelt; gegen 29 wegen Todes des Patienten während oder unmittelbar nach ärztlichem Eingriff; gegen 20 wegen Fehldiagnose; gegen 14 wegen verspäteter Behandlung, Krankenhauseinweisung oder Verlegung; gegen 13 wegen nicht beherrschter Intoxikation; gegen 8 wegen plötzlichen Kindstodes oder nicht beherrschter kindlicher Infektion; gegen 8 wegen nicht beherrschter Unfallfolgen; gegen 3 bei Tod infolge Krebsleidens; gegen 2 bei fernmündlicher Behandlung; gegen 42

in verschiedenen Einzelfällen.

Zu Klagen gegen Angehörige nichtärztlicher Heil- und Pflegeberufe wurden insgesamt 25 Gutachten angefertigt; eine zunehmende Klagehäufigkeit in den drei untersuchten Jahren konnte nicht festgestellt werden. Angehörige dieser Personengruppe sehen sich prozentual seltener als Ärzte Kunstfehlerklagen ausgesetzt; das Vorliegen eines solchen wurde aber in den Gutachten relativ häufiger als bei Ärzten bejaht.

Krankenhäuser waren mit erheblichen Häufigkeitsunterschieden von Zwischenfällen betroffen, die Gegenstand eines Kunstfehlergutachtens waren: So ereigneten sich an Städtischen und Gemeindekrankenhäusern 44, an Kreiskrankenhäusern 38, an Universitätskrankenhäusern 26, an Privatkrankenhäusern 20 und an anderen Krankenhäusern jeweils weniger als 10 Zwischenfälle in den Jahren 1976 bis 1978. Bei den relativen Häufigkeiten ergab sich eine etwas andere Reihenfolge: Hier war jede Universitätsklinik mehrfach bzw. jedes 161. Bett betroffen; fast jedes städtische oder Gemeindekrankenhaus bzw. jedes 276. Bett; fast jedes dritte Kreiskrankenhaus bzw. jedes 461. Bett. Die Quoten der anderen Krankenhäuser lagen zum Teil erheblich niedriger.

Die Beurteilungen der inkriminierten Krankenhausvorfälle stellen sich in ihrer relativen Häufigkeit ähnlich dar wie die der ärztlichen Handlungen; gleiches gilt für die Betroffenheit der Krankenhausabteilungen und der ärztlichen Fachrichtungen. Bei der relativen Häufigkeit bestimmter Beurteilungen sind zwar Unterschiede festzustellen, diese können aber - vor allem bei Betrachtung der betroffenen Bettenzahl - kaum als signifikant ange-

sehen werden.

Die Feststellung der zunehmenden Klagehäufigkeit gegen Ärzte wegen vermeintlicher oder tatsächlicher Kunstfehler führt zur Frage nach den Ursachen dieser Zunahme. Da eine Verschlechterung des ärztlichen Behandlungsstandards eher unwahrscheinlich ist - auch die statistische Erfassung der Beurteilungen in den Kunstfehlergutachten des rechtsmedizinischen Instituts liefert hierfür keinerlei Anhalt - sollte eine Ursachenforschung zunächst nicht bei den Ärzten, sondern den anzeigenden Patienten ansetzen. Diese bilden eine Instanz sozialer Kontrolle im Sinne der kriminologischen labeling-Theorie, welche zur Definition strafbaren Verhaltens in entscheidender Weise beitragen kann. Mittels einer Anzeige sind Patienten oder deren Angehörige in der Lage, Behandlungen, die nicht das erhoffte Ergebnis zeitigten, strafrechtlicher Überprüfung zuzuführen. Erleichtert wird dies beim Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung durch die noch herrschende Rechtsprechung, die in jedem ärztlichen Eingriff eine Körperverletzung sieht, die erst durch die Einwilligung des Patienten den Makel der Rechtswidrigkeit verliert. Die rechtlichen Anforderungen, welche an die Einwilligung gestellt werden, damit sie wirksam ist, ermöglichen es, den nach Behandlung erhobenen Vorwurf des rechtsfehlerhaften Eingriffs zunächst einmal begründet erscheinen zu lassen.

Motivationen und Beweggründe, die Patienten zur Anzeige des behandelnden Arztes geführt haben, müssen also aufgedeckt werden, um eine Erklärung für die Entwicklung der Kunstfehlerprozesse in den letzten Jahren zu erhalten.

10. Literaturverzeichnis

- BLEI, H. Strafrecht, Allgemeiner Teil,
17. Auflage, München 1977
- BOCKELMANN, P. Strafrecht des Arztes, Stuttgart
1968
- BONSTEDT, K. Organisierte Verfestigung abweichenden Verhaltens, München 1972
- BRANDIS, C. v.
u. PRIBILLA, O. Arzt und Kunstfehlervorwurf,
München 1973
- DREHER, E. Strafgesetzbuch, 37. Auflage,
München 1977
- FEEST, J.
u. BLANKENBURG, E. Die Definitionsmacht der Polizei,
Düsseldorf 1972
- HASSEMER, W. Theorie und Soziologie des Verbrechens, Frankfurt/M. 1972
- ISELE, H.G. Grundsätzliches zur Haftpflicht des Arztes, in: Die juristische Problematik in der Medizin, Bd.III München 1971
- LAUFS, A. Die Entwicklung des Arztrechts im Jahre 1978/79, in: NJW 1979, S. 1230 ff
- MAURACH, R.
u. ZIPF, H. Strafrecht, Allgemeiner Teil, Teil 1, Heidelberg 1977
- MUELLER, B. Gerichtliche Medizin, Band 1, 2. Auflage, Berlin 1975
- Müller, M.H. Ärztliche Kunstfehler, Tübingen 1977
- NEUMAIER, R. Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin zu Kunstfehlerverfahren aus den Jahren 1950 bis 1975, München 1979
- OPP, K.D. Abweichendes Verhalten und Gesellschaftsstruktur, Darmstadt 1974

- PRIBILLA, O. Der ärztliche Kunstfehler, in: Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. III, München 1971
- PROKOP, O.
u. GÜHLER, W. Forensische Medizin, 3. Auflage, Stuttgart 1976
- SACK, F. Neue Perspektiven in der Kriminologie, in: Kriminalsoziologie, hrsg. von König/Sack, Frankfurt/M 1968
- SCHÖNKE, A.
u. SCHRÖDER, H. Strafgesetzbuch, Kommentar, 19. Auflage, München 1978
- SCHWALM, G. Zum Begriff und Beweis des ärztlichen Kunstfehlers, in: Festschrift für Paul Bockelmann, München 1979, S. 539 ff
- SPANN, W. Ärztliche Rechts- und Standeskunde, München 1962

D A N K S A G U N G

Meiner lieben Mutter danke ich für das Verständnis und die Unterstützung, die sie mir während meines Medizinstudiums gewährte.

Herrn Prof. Dr. W. Eisenmenger danke ich für die Überlassung des Themas dieser Doktorarbeit und für stets freundliche Hilfe und Anregung bei Abfassung derselben.

L E B E N S L A U F

Name: Till Christian Spiro

Geburtsdatum: 6. April 1950

Geburtsort: Wiesbaden

Eltern: Eberhard Spiro, Verwaltungsgerichtspräsident
Ilse Spiro, geb. Speisebecher, Hausfrau

Schule: 1956 - 1960 Volksschule in Kassel
1960 - 1964 Friedrichsgymnasium Kassel
1965 - 1970 Freie Waldorfschule Kassel mit
Abschluß Abitur

Studium: 1970 - 1975 Studium der Rechtswissenschaften
in Göttingen und München
1976 1. jur. Staatsexamen
1976 - 1982 Studium der Humanmedizin in Mainz
und München
1978 Ärztliche Vorprüfung
1979 1. Teil des med. Staatsexamens
1981 2. Teil des med. Staatsexamens
1982 3. Teil des med. Staatsexamens,
Approbation und Promotion

